Tweede evaluatie
Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg



Programma Evaluatie Regelgeving

ZonMw

In de reeks evaluatie regelgeving zijn de volgende publicaties verschenen:

1 Bereidheid tot donatie van sperma bij opheffing van anonimiteitwaarborg
2 Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector
3 Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
4 Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
5 Evaluatie Wet op het bevolkingsonderzoek
6 Evaluatie Wet op de medische keuringen
7 Evaluatie Wet op bijzondere medische verrichtingen
8 Evaluatie Kwaliteitszorg zorginstellingen
9 Evaluatie Wet op de orgaandonatie
10 Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
11 Evaluatie Tijdelijk besluit verplichte verzekering bij medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
12 Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
13 Onderzoek No-fault compensatiesysteem
14 Evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
15 Tweede evaluatie Wet op de orgaandonatie
16 Onderzoek WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen
17 Evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
18 Noodzakelijk kwaad Evaluatie Wet op de dierproeven
19 Evaluatie Wet afbreking zwangerschap
20 Evaluatie Embryowet
21 Derde evaluatie Wet op de orgaandonatie
22 Tweede evaluatie Wet op de medische keuringen
23 Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
24 Tweede evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
25 Evaluatie Wet foetaal weefsel
26 Evaluatie Reclamebesluit geneesmiddelen
27 Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag
28 Evaluatie Wet marktordening gezondheidszorg
29 Thematische Wetsevaluatie Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging
30 Tweede evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
31 Sterfgevallenonderzoek 2010
32 Evaluatie Embryowet en Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting
33 Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
34 Thematische Wetsevaluatie Zelfbeschikking in de zorg
35 Achtergrondstudies Zelfbeschikking in de zorg
36 Evaluatie Regeling centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in een categorie 2-geval en levensbeëindiging bij pasgeborenen
37 Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg

Deze rapporten zijn te downloaden en in de meeste gevallen ook te bestellen via *www.zonmw.nl/publicaties*

Tweede evaluatie

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg

prof. mr. dr. J.G. Sijmons[1]
mr. N.O.M. Woestenburg[3]
mr. dr. J.H.H.M. Dorscheidt[2]
L.T. Schudde[3]
mr. drs. F.W. Visser[3]
mr. L.F. de Jager[3]
mr. C.P.M. Akerboom[3]
prof. dr. H.B. Winter[2,3]
prof. mr. dr. J.H. Hubben[2]

1 Universiteit Utrecht
2 Rijksuniversiteit Groningen
3 Pro Facto

Den Haag: ZonMw, oktober 2013
Reeks evaluatie regelgeving: 37

Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.
Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.
ZonMw heeft als hoofdopdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.
Voor meer informatie over het programma Evaluatie Regelgeving kunt u contact opnemen met het secretariaat via er@zonmw.nl of telefoon 07349 5128.

ZonMw
Laan van Nieuw Oost Indië 334
Postbus 93245
2509 AE Den Haag

T 07349 5111
F 07349 5100
www.zonmw.nl

500/10/2012/ZW, ISBN/EAN 9789057631351

Opmaak en productiebegeleiding: Piasau, Zoetermeer
(T 06 5534 7977, info@piasau.nl)

Vormgeving omslag: Katja Hilberg, Rotterdam
(T 06 1735 6488, info@katjahilberg.nl)
Fotografie Dieter Schütte

Druk: Schultenprint, Zoetermeer
(T 079 362 3612, info@schultenprint.nl)

Inhoudsopgave

Woord vooraf

Wetten worden periodiek geëvalueerd om na te gaan of de doelen die ermee worden beoogd ook werkelijk worden bereikt en of na een aantal jaren de wereld niet zo is veranderd dat aanpassingen noodzakelijk zijn. De evaluaties zoals die onder regie van ZonMw en zijn Commissie evaluatie regelgeving worden uitgevoerd dragen ertoe bij dat wet- en regelgeving gebaseerd is op rationele overwegingen en niet alleen op politieke ideologie.

In de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden zaken geregeld zoals titels en de bescherming ervan, opleidingen, de handelingen die 'voorbehouden' zijn aan bepaalde professionals en de tuchtrechtspraak. Na een eerste evaluatie van de wet in 2002, was het tijd opnieuw te bezien of de wet nog voldoende doeltreffend en toekomstbestendig is. Een aantal akelige incidenten in de afgelopen jaren vormde een aanleiding tot deze tweede evaluatie.

De commissie die de multidisciplinaire projectgroep heeft begeleid, is van oordeel dat de onderzoekers hun opdracht op voortreffelijke wijze hebben vervuld. Het degelijke werk dat voor u ligt, is daarvan het bewijs. Een woord van dank is op zijn plaats aan de secretaris en de leden van de begeleidingscommissie die met hun kritische commentaar aanzienlijk hebben bijgedragen tot de kwaliteit van het resultaat.

Het rapport mondt uit in een aantal weloverwogen aanbevelingen. Het is te hopen dat de wetgever deze serieus in zijn overwegingen betrekt wanneer de wet wordt herzien.

Ernest Briët
voorzitter van de begeleidingscommissie

Samenvatting

Inleiding

Deze evaluatie betreft de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). De Wet BIG, in werking getreden op 1 december 1997, is gericht op het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen in de gezondheidszorg.

Overeenkomstig artikel 95 is de wet binnen vijf jaar na inwerkingtreding geëvalueerd. Uit deze eerste evaluatie blijkt dat de wet daadwerkelijk wordt gezien als een instrument ter bescherming van de patiënt en als een potentieel belangrijk kwaliteitsinstrument, maar dat de bescherming die de wet biedt beperkt is. Aanbevolen is om de instrumenten van de Wet BIG intensiever in te zetten, de handhaving te intensiveren en kennis over de Wet BIG onder burgers en professionals te vergroten. Daarnaast zijn praktische voorstellen gedaan om het tuchtrecht te verbeteren.

Deze tweede evaluatie richt zich op de doelbereiking en de toekomstbestendigheid van de Wet BIG. De Wet BIG is inmiddels 15 jaar in werking, waardoor de vraag kan worden gesteld of de wet nog voldoende ruimte biedt aan bescherming van de patiënt/burger. De achtergrond van deze tweede wetsevaluatie wordt mede bepaald door enkele ernstige incidenten rond disfunctionerende beroepsbeoefenarendie de afgelopen jaren naar buiten zijn gekomen.

Hoofdvraag en onderzoeksaanpak

De centrale onderzoeksvraagstelling is of de Wet BIG zijn doelen bereikt, en zo nee, hoe dat kan worden verklaard, en of de wet, mede tegen die achtergrond, voldoende toekomstbestendig is. Deze centrale onderzoeksvraag valt uiteen in twee series van deelvragen, over de doelbereiking en over de toekomstbestendigheid.

Het onderzoek bestaat uit een combinatie van juridische en empirische onderzoeksmethoden, die na een verkennende fase gelijktijdig en in nauwe samenhang zijn toegepast. Omdat de Wet BIG voor de tweede keer geëvalueerd is, heeft een beperkte juridische analyse plaatsgevonden waarbij het accent ligt op de ontwikkelingen die zich sindsdien in de wet en de uitvoeringsregelingen hebben voorgedaan. In het empirisch onderzoek zijn naast interviews met verschillende stakeholders

vragenlijsten uitgezet onder beroepsgroepen, zorginstellingen, consumenten, leden van de tuchtcolleges, advocaten, organisaties en verzekeraars.

Doelbereiking

Doelstelling van de Wet BIG is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de bescherming van het publiek tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. In het evaluatierapport is voor de thema's registratie en titelbescherming, opleidingseisen en deskundigheidsgebieden, voorbehouden handelingen, tuchtrecht en strafrecht besproken hoe de wet op die onderdelen functioneert en in hoeverre dat bijdraagt aan het realiseren van de doelstellingen van de Wet BIG.

Van belang voor de doelbereiking is dat de registratie van beroepen op zichzelf goed functioneert, zij het dat er aanleiding is de invoering van beroepen beter te organiseren, hetgeen onder meer betekent dat wordt voorgesteld de daarbij te hanteren maatstaven vast te leggen. Het BIG-register ontmoet veel kritiek op praktische zaken als vindbaarheid, met name bij burgers/consumenten. De kwaliteitsregulering via het BIG-register is de afgelopen tien jaar aangevuld en vervangen door andere vormen van kwaliteitszorg, onder meer langs private weg georganiseerd. Dat het BIG-register voor burgers onvoldoende zijn functie als kwaliteitswaarborg waarmaakt, wordt derhalve op andere wijze gecompenseerd.

Over de regeling van de voorbehouden handelingen blijkt uit de evaluatie dat die in de praktijk een beperkte rol speelt, hetgeen mede wordt veroorzaakt door de beperkte kennis onder beroepsbeoefenaren van voorbehouden handelingen. Zorginstellingen blijken sinds de vorige evaluatie echter veel vaker protocollen en richtlijnen opgesteld hebben rond voorbehouden handelingen. Een knelpunt bij de regeling van voorbehouden handelingen vormt de reikwijdte van de regeling. Een restrictieve interpretatie van het begrip voorbehouden handeling zorgt ervoor dat niet alle handelingen die mogelijk risicovol zijn voor de burger (en de samenhang van weefsels verstoren) onder de regeling vallen. De bescherming van het publiek tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen wordt pas bereikt als ook voorbehouden handelingen die buiten het terrein van de individuele gezondheidszorg vallen onder de reikwijdte van de regeling vallen.

Uit het onderzoek blijkt dat de normontwikkelende en corrigerende werking van het tuchtrecht onvoldoende tot zijn recht komt. Enerzijds komen te veel te lichte zaken voor de tuchtrechter, anderzijds moet meer gestimuleerd worden dat de relatief zwaardere zaken aan de tuchtcolleges worden voorgelegd. Met name de terughoudendheid van de IGZ om het tuchtrecht in te zetten speelt daarbij een belangrijke rol. De onderzoekers constateren dat er aanleiding is voor een grondige herziening van het tuchtrecht in de Wet BIG. Ook van strafvervolging blijkt slechts bij hoge uitzondering sprake, hetgeen onder meer wordt verklaard door het geringe aantal aangiften en de delictsomschrijving in artikel 96 waarmee het OM niet goed uit de voeten kan.

Door het verbeteren van de toegankelijkheid en gebruiksvriendelijkheid van het BIG-register en door aanpassingen in de registratie van beroepen, de flexibilisering en de verbreding van de regeling van voorbehouden handelingen en de regeling van het tuchtrecht kan de doelbereiking worden vergroot.

Op het punt van de regulering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening heeft de Wet BIG systematisch een beperktere betekenis gekregen en dient vooral een coördinatensysteem tot stand te komen voor de beroepsregulering die op zorgoperationeel niveau wordt uitgewerkt in overige regelgeving, waarbij herschikking van de kwaliteitsparagraaf past.

Toekomstbestendigheid

De Wet BIG is te zien als een combinatie van een kwaliteitswet, een regulering van beroepen en regeling van het tuchtrecht. Deze drie elementen zijn met elkaar verbonden, in die zin dat alleen geregistreerde beroepen zijn onderworpen aan het tuchtrecht en tuchtrechtelijke maatregelen kunnen leiden tot ontzetting uit die beroepen. Het feit dat schorsing of doorhaling van de inschrijving de meest vergaande sancties vormen is vooralsnog een argument voor handhaving van tuchtrecht in de Wet BIG. De verbinding tussen de regeling van de kwaliteit van de beroepsbeoefening en de registratie van beroepen is veel minder sterk in de wet terecht gekomen. De directe regulering van de kwaliteit komt daardoor in de wet niet tot haar recht. De kwaliteitsbepalingen zullen dan ook uit de Wet BIG verdwijnen als gevolg van de inwerkingtreding van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Dat is een logische ontwikkeling die het gevolg is van het besef dat de zorgaanbieders in belangrijke mate verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg. Besturen van zorgorganisaties dragen niet alleen formele eindverantwoordelijkheid, maar van hen mag ook actieve bewaking van kwaliteit worden verwacht.

Daarmee is de vraag aan de orde of niet nog systematischer de consequenties daarvan voor de Wet BIG moeten worden doordacht. Dat zou kunnen door de wet te splitsen in twee gedeelten: een regeling van beroepen en een regeling van het tuchtrecht. Een zelfstandige regeling van het tuchtrecht, samen met het tuchtrecht voor andere beroepsgroepen in een algemene regeling is op dit moment niet opportuun. De Wet BIG biedt naar het oordeel van de onderzoekers nog steeds een stevige basis voor de regulering van beroepen, opleidingen en titelbescherming. Als ‘registratiewet’ vervult de wet een belangrijke functie, die de wet ook dient te blijven vervullen. Er is wel aanleiding de invoering van beroepen beter te faciliteren. De registratie en de toegankelijkheid daarvan kan op onderdelen worden verbeterd. Aan de toekomstbestendigheid van de registratie van beroepen behoeft niet te worden getwijfeld. De Wet BIG vormt het ‘binnenwerk’ van een meer omvattende structuur van kwaliteitsborging, waarvan het eindniveau niet meer door deze wet, maar door de overige kwaliteitsregulering en concurrentie om kwaliteit op de markt wordt bepaald. In dat licht beschouwd, kan de ambitie van de Wet BIG om een prominent kader voor de kwaliteit af te geven voor de burger worden gerelativeerd.

Het systeem van de voorbehouden handelingen in de Wet BIG is een weinig bekend referentiekader, zo komt uit het evaluatieonderzoek naar voren. Het juridisch systeem van voorbehouden handelingen is zelfs bij zorgprofessionals minder bekend, maar sluit wel aan op de organisatie van de zorg en biedt daarvoor wezenlijke oriëntatiepunten. De Wet BIG draagt ook hier bij aan de basale lijnen die zowel bij de inrichting van de zorg als bij de functie- en taakverdelingen leidend behoren te zijn en die ook bij de zorginkoop en de vergoeding van de zorg het zorgaanbod bepalen. Bovendien is er een belangrijke relatie tussen de bevoegdheids- en bekwaamheidsvragen en het tuchtrecht en het civiele aansprakelijkheidsrecht. Dat de structuur van de beroepenwetgeving en de voorbehouden

handelingen voor de patiënt niet altijd bekend is, doet niet af aan de betekenis daarvan voor het waarborgen van voldoende deskundigheid in de zorg. In de organisatie van de zorg en het toezicht op de kwaliteit is de basis van de beroepenregulering tot en met de regeling van voorbehouden handelingen van grote betekenis. Zowel in het tuchtrecht als in het civiele aansprakelijkheidsrecht biedt deze regulering de noodzakelijke oriëntatiepunten voor een oordeel over professionaliteit en deskundigheid. De ontwikkeling van voorbehouden handelingen is beperkt tot een enkele aanpassing van de lijst. Rondom de regeling is uitbreiding gezocht via de functionele zelfstandigheid en een experimenteerbepaling. In de kern lossen deze wijzigingen het gebrek aan dynamiek van de lijst van voorbehouden handelingen niet op. In deze evaluatie wordt daarom onder meer bepleit een alternatief spoor te onderzoeken door het beroepsmatige karakter van 'competenties' daarvoor nader te bezien.

Zoals hiervoor genoemd onder de noemer van de doelbereiking is het tuchtrecht in zijn huidige vorm naar het oordeel van de onderzoekers niet toekomstbestendig. Wij zien de betekenis van het tuchtrecht op een grotere tijdschaal afnemen. Enerzijds doordat bij de normontwikkeling andere instanties een belangrijker rol krijgen toebedeeld, de 'verkeerde' zaken veel aandacht van de tuchtcolleges vragen en de meer geëigende zaken de colleges niet bereiken. Anderzijds heeft de IGZ zijn rol als klager te beperkt opgevat, mede in het licht van andere handhavingsmogelijkheden via het bestuursrecht. Een herziening van het tuchtrecht achten de onderzoekers nodig om de effectiviteit van het tuchtrecht te herstellen en te voorkomen, dat in de komende decennia de centrale rol die het tuchtrecht in de 20ste eeuw had, verder verloren gaat.

1

Inleidend hoofdstuk

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

In dit evaluatierapport zijn de resultaten van de evaluatie van de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) weergegeven. De Wet BIG is op 1 december 1997 in werking getreden. De doelstelling van de wet is tweeledig: het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren.

Overeenkomstig artikel 95 is de wet binnen vijf jaar na inwerkingtreding geëvalueerd. Uit het in 2002 aan de Tweede Kamer gestuurde evaluatieonderzoek[1] blijkt dat door het veld serieus invulling is gegeven aan de wet. De wet wordt daadwerkelijk gezien als een instrument ter bescherming van de patiënt en als een potentieel belangrijk kwaliteitsinstrument. Tegelijkertijd concluderen de onderzoekers dat deze bescherming beperkt is. De instrumenten zouden intensiever kunnen worden ingezet, onder meer door de handhaving te intensiveren. Ook concluderen de onderzoekers dat de kennis over de wet bij burgers en professionals nog maar beperkt is. Voorlichting en kennisverbetering zouden actiever ter hand genomen moeten worden. De vernieuwingen in het tuchtrecht die de Wet BIG heeft gebracht worden in de eerste evaluatie als overwegend positief beoordeeld. Het evaluatierapport resulteerde in 72 aanbevelingen onder meer gericht op aanpassing van de wet, de uitvoeringspraktijk en de beroepsgroepen. Er zijn praktische voorstellen gedaan, onder andere met betrekking tot de toegankelijkheid van het tuchtrecht, het vooronderzoek, de samenstelling van de tuchtcolleges en het inschakelen van deskundigen. In bijlage 4 bij dit rapport wordt beschreven wat met die aanbevelingen is gedaan.

Deze tweede evaluatie richt zich op de doelbereiking en de toekomstbestendigheid van de Wet BIG. De Wet BIG is inmiddels 15 jaar in werking, waardoor de vraag kan worden gesteld of de wet nog voldoende ruimte biedt aan bescherming van de patiënt/consument. De achtergrond van deze tweede wetsevaluatie wordt mede bepaald door enkele ernstige incidenten rond disfunctionerende beroepsbeoefenaren die de afgelopen jaren naar buiten zijn gekomen.

---

1 Cuperus-Bosma e.a. 2002.

1.2 Hoofdvraag en deelvragen

De centrale onderzoeksvraagstelling luidt als volgt:

Bereikt de Wet BIG zijn doelen en zo nee, hoe kan dat worden verklaard en is de wet, mede tegen die achtergrond, voldoende toekomstbestendig?

Deze centrale onderzoeksvraag valt uiteen in deelvragen over de doelbereiking en over de toekomstbestendigheid.

I Doelbereiking

- I.1 Hoe wordt het wettelijk instrumentarium ingezet en leidt dat tot het realiseren van de doelstellingen van de Wet BIG?
- I.2 Hoe kan de doelbereiking van de Wet BIG worden verklaard?
- I.3 Is het met inzet van het huidige wettelijk instrumentarium mogelijk de doelstellingen van de Wet BIG te bereiken?

II Toekomstbestendigheid

- II.1 Hoe hebben de opvattingen en verwachtingen van patiënten/burgers, beroepsbeoefenaren, zorgverzekeringen en zorginstellingen zich sinds de totstandkoming van de Wet BIG ten aanzien van individuele beroepsbeoefenaren ontwikkeld onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen?
- II.2 Indiceert die ontwikkeling van opvattingen en verwachtingen aanpassing van regels voor beroepsbeoefenaren, moeten die langs publieke, wettelijke weg gestalte krijgen of – en zo ja, onder welke voorwaarden – is regulering door private partijen ook mogelijk?
- II.3 Welke veranderingen zouden op basis van het voorgaande in de Wet BIG, uitgangspunten, doelstellingen en/of instrumenten moeten worden aangebracht?

Tevens is een aantal vragen gesteld over het functioneren van de verschillende instrumenten van de wet in de praktijk. Het gaat om de volgende instrumenten:

A Registratie en titelbescherming
B Opleidingseisen en deskundigheidsgebied
C Voorbehouden handelingen
D Tuchtrecht
E Maatregelen wegens ongeschiktheid
F Strafrecht

A Registratie en titelbescherming

1. Is er aanleiding de overwegingen op basis waarvan beroepen worden gereglementeerd (artikelen 3, 14 en 34) te veranderen? Zo ja, tot welke aanbevelingen leidt dat?
2. Welke gevolgen kan de uitwerking van die aanbevelingen hebben?
3. Zijn er (nieuwe) beroepen die gereglementeerd moeten worden (artikel 3 en/of 34) in de Wet BIG?

B Opleidingseisen en deskundigheidsgebied

1. Zijn er AMvB's die geactualiseerd moeten worden om aan te sluiten bij veranderingen in de zorg en in de opleidingen?
2. Bevat de privaatrechtelijke regelgeving voor specialismen, zoals bedoeld in artikel 14 Wet BIG, de onderdelen die minimaal verwacht mogen worden met het oog op het doel van de Wet BIG? Is er aanleiding voor het stellen van aanvullende eisen?

C Voorbehouden handelingen

1. Is de omschrijving van het begrip 'individuele gezondheidszorg' voldoende duidelijk in relatie tot het functioneren van de regeling over voorbehouden handelingen, of moet deze worden gespecificeerd?
2. Is de omschrijving van het begrip 'voorbehouden handelingen' voldoende duidelijk in relatie tot het functioneren van de regeling over voorbehouden handelingen, of moet deze worden gespecificeerd?
3. Is verfijning van de normering ten aanzien van 'opdracht, bevoegdheid en bekwaamheid, toezicht en tussenkomst' noodzakelijk?

D Tuchtrecht

1. Biedt het tuchtrecht voldoende mogelijkheden om bij samenwerking en ketenzorg adequate maatregelen te nemen tegen ondeskundige en onzorgvuldig handelende beroepsbeoefenaren?
2. Biedt de huidige tweede tuchtnorm (artikel 47, lid 1 onder b) voldoende mogelijkheid om zaken waarin gerede twijfel bestaat omtrent gebrek aan professionele kwaliteit of zorgvuldigheid, zinvol aan de tuchtrechter voor te leggen?

E Maatregelen wegens ongeschiktheid

1. Hoe verloopt de taakuitvoering door het College van Medisch Toezicht (CMT)?

F Strafrecht

1. Hoe luidt het vervolgingsbeleid van het Openbaar Ministerie (OM) op de strafbepalingen uit de Wet BIG en welke beperkingen bestaan er voor het OM om effectief te kunnen optreden?

1.3 Onderzoeksmethoden

Bij de uitvoering van het onderzoek is gebruik gemaakt van een combinatie van juridische en empirische onderzoeksmethoden, die na een verkennende fase gelijktijdig en in nauwe samenhang zijn toegepast.

De juridische bespreking van het wettelijk stelsel is beperkter dan bij de eerste evaluatie het geval was. Het accent ligt op de ontwikkelingen die zich sindsdien in de wet en de uitvoeringsregelingen hebben voorgedaan. Daarbij is er zowel aandacht voor de AMvB's die op basis van de Wet BIG tot stand zijn gekomen als voor privaatrechtelijke zelfregulering. Uiteraard worden aanpassingen en bepalingen die in werking zijn getreden sinds de eerste wetsevaluatie wel besproken.

Het empirische, sociaal wetenschappelijke onderzoek maakt verhoudingsgewijs een groot deel van de wetsevaluatie uit. Er zijn vragenlijsten uitgezet onder grote steekproeven van groepen beroepsbeoefenaren zoals artsen en verpleegkundigen, ziekenhuizen en andere zorginstellingen, consumenten, leden van tuchtcolleges en advocaten. Deze kwantitatieve dataverzameling beoogt de opvattingen van de verschillende groepen in kaart te brengen. Daarnaast is kwalitatief onderzoek verricht onder stakeholders, zoals patiënten-, beroeps- en koepelorganisaties, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het Openbaar Ministerie, Zorgverzekeraars Nederland en het CIBG.

In bijlage 5 is een methodologische onderbouwing opgenomen van de opzet van het empirisch onderzoek. Het empirisch onderzoek is uitgevoerd van oktober 2012 tot en met juli 2013. Veel van de gegevens uit het empirisch onderzoek zijn in het rapport in tabelvorm opgenomen. Voor de leesbaarheid zijn de verschillende beroepsgroepen en zorginstellingen in de tabellen met een afkorting aangeduid. Bijlage 10 bevat een overzicht van de gebruikte afkortingen voor de verschillende beroepsgroepen en zorginstellingen.

Naast de auteurs, zijn binnen de onderzoeksgroep diverse andere personen actief geweest. In het bijzonder willen wij hierbij danken prof. mr. T.M. Schalken en mw. S. Delauw.

1.4 Leeswijzer

De opbouw van dit evaluatierapport sluit aan bij de verschillende onderdelen van de Wet BIG. De hoofdstukken 3 tot en met 7 bespreken achtereenvolgens de instrumenten registratie en titelbescherming (hoofdstuk 3), opleidingseisen en deskundigheid (hoofdstuk 4), voorbehouden handelingen (hoofdstuk 5), tuchtrecht (hoofdstuk 6) en strafrecht (hoofdstuk 7). In elk hoofdstuk zijn empirische gegevens en juridische analyses thematisch met elkaar gecombineerd.

Het onderzoeksrapport begint in hoofdstuk 2 met een uiteenzetting van het systeem van de Wet BIG en de ontwikkeling die de afgelopen tien jaar heeft plaatsgevonden. In dat kader worden de wetswijzigingen besproken en wordt in brede zin ingegaan op maatschappelijke ontwikkelingen. Na een bespreking van de verschillende onderdelen en instrumenten van de wet in de hoofdstukken 3 tot en met 7 wordt in hoofdstuk 8 ingegaan op de algemene systematiek van de wet en de aansluiting daarvan op andere wetgeving. Het rapport eindigt in hoofdstuk 9 met de belangrijkste bevindingen van het empirische en juridische onderzoek. In het hoofdstuk zijn tevens aanbevelingen geformuleerd, gericht op aanpassing van de wetgeving en de uitvoeringspraktijk.

2

Systematische betekenis van de Wet BIG in de afgelopen 20 jaar

2.1 Systeem Wet BIG

2.1.1 Beschermingsregime van de Wet BIG

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) verscheen na een lange voorgeschiedenis in 1993 in het Staatsblad.[2] De Wet BIG trad vanaf 1 januari 1994 gefaseerd in werking en is sinds 1 december 1997 – behoudens artikel 8 – geheel in werking. Het doel van de wet is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de bescherming van het publiek tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. Daartoe beoogt het een goed evenwicht tussen bescherming van patiënten/burgers en keuzevrijheid van patiënten/burgers te realiseren. De Wet BIG heeft daartoe het integrale verbod op het uitoefenen van de geneeskunst door onbevoegden geschrapt. Onder de voorganger van de Wet BIG, de Wet uitoefening geneeskunst (WUG), gold een verbod op de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst. Er was dus sprake van een verandering van een totaalverbod van uitoefening van de geneeskunst, naar het vrijgeven daarvan: de burger moet daar hulp kunnen zoeken waar hij dat wenst. De Wet BIG heeft echter niet gezorgd voor volledige liberalisering: bepaalde (risicovolle) handelingen zijn voorbehouden aan beroepsbeoefenaren die daartoe bevoegd en bekwaam zijn. De Wet BIG duidt in artikel 36 de geneeskundige handelingen aan die alleen door een bevoegde mogen worden verricht. Gesproken wordt over voorbehouden handelingen. Wanneer niet-gekwalificeerden beroepsmatige zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen verrichten, zijn ze strafbaar. Op die manier wordt de burger beschermd tegen niet-gekwalificeerde hulpverleners.

2.1.2 Stelselwijziging

In vergelijking met de voordien geldende WUG, is sprake van een keuze voor een ander stelsel. Waar de algehele uitoefening van de geneeskunst door onbevoegden onder die wet verboden was, regelt de Wet BIG dat alleen voor de zogenaamde voorbehouden handelingen, die in hoofdstuk IV van de Wet BIG nader worden omschreven. De Wet BIG voegt daaraan titelbescherming toe op een drietal grondslagen: de titelbescherming van basisberoepen volgens artikel 3, de titelbescherming van

2 *Stb.* 1993, 65.

specialismen volgens een langs privaatrechtelijke weg op basis van artikel 14 te stellen regeling en de bescherming van opleidingstitelbescherming op grondslag van artikel 34.

2.2 Ontwikkelingen in de wetgeving sinds de eerste evaluatie van de Wet BIG

2.2.1 Algemeen

Sinds de inwerkingtreding van de Wet BIG zijn binnen en buiten de gezondheidszorg belangrijke ontwikkelingen waar te nemen die het functioneren van de Wet BIG raken. Een aantal daarvan is ook reeds in de eerste evaluatie van de Wet BIG gesignaleerd. Taakverschuiving, leidend tot taakherschikking is een van die relevante ontwikkelingen. De introductie van marktwerking en concurrentie voor het functioneren van het wettelijk stelsel krijgt wel aandacht. Een andere belangrijke maatschappelijke verandering is de toegenomen risicoaversie, die onder meer blijkt uit de risico-regelreflex die voortdurend in gang wordt gezet door verschillende incidenten met individueel disfunctionerende beroepsbeoefenaren. De meest in het oog springende incidenten, als het gaat om primair individueel disfunctioneren, zijn de casus neuroloog Jansen Steur (MST Enschede), West-Fries Gasthuis (gyneacoloog), Waterland Ziekenhuis (orthopedisch chirurg), VieCurie Ziekenhuis (vaatchirurg) en de bariatrisch chirurg Emmen. De hierover verschenen rapportages (o.a. van de beide commissies-Lemstra) hebben de hiermee samenhangende organisatorische tekortkomingen duidelijk gemaakt en vragen opgeroepen over het functioneren van het tuchtrecht en van het College van Medisch Toezicht als corrigerende mechanismen. Incidenten waarbij organisatorisch disfunctioneren op de voorgrond staat zijn de hartchirurgie Radboud Ziekenhuis, de luchtbehandeling IJsselmeerziekenhuizen, de OK-brand in Ziekenhuis Almelo en de Klebsiella besmetting in het Maasstad Ziekenhuis.

In deze paragraaf wordt ingegaan op de toegenomen marktwerking en concurrentie in de zorg en worden ontwikkeling van de Wet BIG en de onderwerpen die daarin worden behandeld, besproken. In paragraaf 2.3 wordt nader ingegaan op de ontwikkelingen in de maatschappelijke context vanuit empirisch perspectief.

2.2.2 Marktwerking en concurrentie

De stelselwijziging van 2006 heeft er toe geleid dat meer wordt ingezet op de zelfregulering op de kwaliteit op de zorginkoopmarkt door het veld en door de concurrentie, bewaakt door zorgverzekeraars en zorgkantoren. Deze veranderingen in de zorg sluiten aan bij een algemener programma voor transparantie van de kwaliteit (het transparantieprogramma 'Zichtbare Zorg') en verdere ontwikkeling van de kwaliteitsregulering door het Nederlands Zorginstituut.[3] Kern daarvan is dat een bindende en voor ieder kenbare invulling wordt gegeven aan het begrip 'professionele kwaliteit'. Dit door middel van de ontwikkeling van standaarden en registratie (kenbaarheid) daarvan.

---

3 *Kamerstukken II* 2011/12, 33 243, nr. 1-3 (wetsvoorstel Wcz).

Een te handhaven kwaliteitskader is de uiteindelijke voltooiing van de opbouw van de kwaliteitsregulering die begint met opleidingseisen en titelbescherming (terrein van de Wet BIG).

De kwaliteitsregulering via het Nederlands Zorginstituut vindt niet plaats via de Wet BIG, maar via de kwaliteitsregulering van Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz, of mocht deze niet worden ingevoerd, nog via de Kwaliteitswet zorginstellingen). De reden voor deze aanpak is de constatering van het kabinet dat door de tegengestelde belangen van de beroepsgroepen er geen of te weinig overeenstemming tot stand komt over nieuwe beroepen en functies, een samenhangend stelsel van beroepen en opleidingen en daarmee een onvoldoende ontwikkeling van een transparant kwaliteitskader.[4] Men zou kunnen veronderstellen dat een geordend beroepenveld ook aansluitend de professionele standaarden van de beroepen weet te verwoorden. Het kabinet kiest met het Nederlands Zorginstituut voor een top down benadering om de standaardisering zeker te stellen.

In het verlengde daarvan zien we de overheid convenanten afsluiten met het veld, waarbij vraagstukken van financiering direct verbonden worden met kwaliteits- en doelmatigheidsaspecten (o.a. spreiding en concentratie, terugdringen praktijkvariatie en voorschrijfgedrag).[5]

2.2.3 Invloed komende wetgeving

De derde nota van wijziging bij de Wcz strekt ertoe de inhoud van het wetsvoorstel te beperken tot regels inzake behandeling van klachten en geschillen, kwaliteit van zorg en meldingen. De onderdelen van het oorspronkelijke wetsvoorstel Wcz die betrekking hebben op goed bestuur, medezeggenschap, de 'Wgbo-bepalingen' en de Wet toelating zorginstellingen, zijn geschrapt. In verband daarmee wordt ook de naam van de voorgestelde wet gewijzigd in de Wet kwaliteit klachten en geschillen.[6] Het wetsvoorstel beoogt een regeling tot stand te brengen ter bevordering van de kwaliteit van zorg en een goede en effectieve behandeling van klachten en geschillen in de zorg.[7]

2.2.4 Registratie en titelbescherming

De Wet BIG introduceerde een stelsel van titelbescherming. Alleen zij die in een register ingeschreven staan, mogen de daarbij horende benaming als titel voeren. Niet-titelgerechtigden die ten onrechte een titel voeren zijn strafbaar. Voor de registratie van de beroepen genoemd in artikel 3 lid 1 en de specialismen die door de organisaties van beroepsgroepen op grondslag van artikel 14 als zodanig zijn erkend, is het door de minister beheerde BIG-register ingesteld. De titelbescherming moet de burger

---

4 *Kamerstukken II* 2011/12, 33 243, nr. 3, p. 8-10.

5 Zie daarvoor onder meer het Convenant van VWS met de Orde van Medisch Specialisten en het NVZ (ziekenhuizen) van mei 2011, het Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord met ZN, NVZ en NFU (juli 2011), het Convenant Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg met de GGz, VGN en ActiZ (september 2011) en het convenant met de LHV (juni 2012).

6 Bijlage bij *Kamerstukken II* 2012/13, 32 402, nr. 12 (brief van de minister van VWS, bijlage bij de derde nota van wijziging van het wetsvoorstel Wcz), p. 1.

7 Bijlage bij *Kamerstukken II* 2012/13, 32 402, nr. 12 (brief van de minister van VWS, bijlage bij de derde nota van wijziging van het wetsvoorstel Wcz), p. 3.

duidelijkheid verschaffen over de vraag of de hulpverlener voldoet aan de geldende opleidingseisen en of hij als deskundige is erkend. Beroepsbeoefenaren moeten aan bepaalde opleidingseisen voldoen om voor registratie in het BIG-register in aanmerking te komen. Sinds 1 juli 2012 worden alle tuchtrechtelijke maatregelen, met uitzondering van de waarschuwing, openbaar gemaakt in het BIG-register om de patiënt beter te informeren. Er staan op dit moment meer dan 440.000 beroepsbeoefenaren geregistreerd in het BIG-register.

Reglementeren van beroepen

Het stelsel van registratie en titelbescherming geldt voor acht beroepen (artikel 3): arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige en verpleegkundige. Als maatstaven voor opneming van een beroep in artikel 3 golden de behoefte aan onderwerping van een beroep aan publiekrechtelijk tuchtrecht en de behoefte om een beroepsgroep de mogelijkheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen toe te kennen.

Sinds de eerste evaluatie van de Wet BIG (2002) is het aantal artikel 3-beroepen niet uitgebreid, ondanks eerste aanzetten daartoe (o.a. klinisch chemicus). Een in 2001 voorgenomen opheffing van de registratie van de psychotherapeut,[8] heeft evenmin doorgang gevonden.[9] Momenteel is de erkenning van nieuwe beroepen wederom actueel. Zo bestaat de physician assistant voor de wet alleen bij gratie van een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) gebaseerd op artikel 36a waarin deze beroepsgroep in experimentele zin de bevoegdheid krijgt om een aantal nader omschreven voorbehouden handelingen zelfstandig uit te voeren.[10]

Toevoeging ‘niet-praktiserend’

Beroepsbeoefenaren die hun praktijk hebben neergelegd en niet meer in dat beroep werkzaam zijn, mogen hun titel blijven gebruiken met de toevoeging ‘niet-praktiserend’. Om verwarring te voorkomen dient deze toevoeging voluit geschreven te worden.[11]

Wijziging artikel 5

Bij de wijziging van artikel 36, die een beperkte mogelijkheid voor een voorschrijfbevoegdheid voor categorieën van verpleegkundigen introduceerde, werd niet voorzien in een mogelijkheid voor belanghebbenden om te controleren of een verpleegkundige bevoegd is om een bepaald geneesmiddel voor te schrijven. In deze mogelijkheid werd alsnog voorzien door de wetswijziging van 7 juni 2007. Aan het eerste lid van artikel 5 werden drie zinnen toegevoegd.[12] Ook is in het kader van

---

8 *Kamerstukken II 2000/01,* 25 424, nr. 35 (brief van de minister van 11 juli 2001).

9 *Kamerstukken II* 2004/05, 29 282, nr. 18.

10 Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant van 21 december 2011, *Stb.* 2011, 658, inwerkingtreding op 1 januari 2012, *Stb.* 2011, 659.

11 *Stb.* 2008, 515 (nota van toelichting), p. 8

12 *Stb.* 2007, 237.

deze wetswijziging het derde lid toegevoegd, waarin de mogelijkheid is gecreëerd om bij AMvB aan beroepsbeoefenaren in het artikel 3-register een tarief in rekening te brengen voor het geregistreerd zijn in het register.

Weigeringsgronden voor inschrijving

De Wet BIG bepaalt in artikel 5 dat de minister beslist over een aanvraag tot registratie in het register. Artikel 6 geeft de inhoudelijke gronden voor weigering van een aanvraag, waarvan de opleidingseisen de belangrijkste zijn.

Er is een vijfde lid toegevoegd aan artikel 6. Dit houdt in dat de inschrijving wordt geweigerd “indien ten aanzien van de aanvrager een maatregel, berustende op een in het buitenland gegeven rechterlijke, tuchtrechtelijke of bestuursrechtelijke beslissing, van kracht is op grond waarvan de aanvrager zijn rechten ter zake van de uitoefening van het betrokken beroep in het land waar de beslissing is gegeven tijdelijk of blijvend geheel heeft verloren”.

Periodieke registratie

Sinds de eerste evaluatie van de Wet BIG is de invoering van periodieke registratie (artikel 8), in de praktijk aangeduid als ‘herregistratie’, tot stand gekomen. Hierdoor wordt de deskundigheid van de acht basisberoepen gewaarborgd.[13] Op 1 januari 2009 is voor fysiotherapeuten, verpleegkundigen en verloskundigen de termijn voor herregistratie (zie artikel 8) ingegaan.[14] Voor de overige vijf artikel 3-beroepen startte die termijn op 1 januari 2012.[15] Om vijf jaar na de start van de betreffende termijn in aanmerking te komen voor herregistratie dienen de betrokken beroepsbeoefenaren te voldoen aan de geldende ervarings– en/of bijscholingseisen.

Aantekeningen in het register

Met het Wetsvoorstel tot wijziging van de Wet BIG is, onder andere in verband met de opneming van de mogelijkheid van taakherschikking, artikel 9 gewijzigd en de mogelijkheid tot aantekening van tuchtrechtelijke maatregelen (met uitzondering van de waarschuwing) geïntroduceerd. Lid 2 bepaalt nu dat in het register een aantekening geplaatst wordt van een maatregel, berustend op een in het buitenland gegeven rechterlijke, tuchtrechtelijke of bestuursrechtelijke beslissing, op grond waarvan de ingeschrevene zijn rechten terzake van de uitoefening van het betrokken beroep in het land waar

---

13 Uitgewerkt in: Besluit periodieke registratie Wet BIG van 24 november 2008 en Regeling van 18 maart 2009 (minister van VWS, MEVA/BO-2819721).

14 Besluit van 24 november 2008, *Stb.* 2008, 515 en 556.

15 Besluit van 12 september 2011, *Stb.* 2011, 433.

de beslissing is gegeven tijdelijk of blijvend gedeeltelijk heeft verloren.[16] De wijzigingen zijn per 1 juli 2011 in werking getreden.

Specialistenregister

Artikel 14 Wet BIG geeft de basis voor de wettelijke bescherming van specialismen, aan te wijzen en te regelen door de beroepsgroepen zelf. De minister moet het besluit van de beroepsorganisatie waarin de specialismen zijn geregeld goedkeuren. Nadere regeling en uitvoering (het vaststellen van opleidings- en registratie-eisen) is toegewezen aan drie verschillende colleges: voor medische specialismen, voor huisarts- en verpleeghuisgeneeskunde en voor sociale geneeskunde.

In 2006 is de Wet BIG ten aanzien van onder meer de wettelijke erkenning van specialistentitels gewijzigd. Deze wijziging is op 15 december 2006 in werking getreden. Op grond van deze wijziging zal de Minister verzoeken tot wettelijke erkenning beoordelen op wenselijkheid ter bevordering van de goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. Ook werd artikel 14 lid 1 aangevuld met een nieuwe laatste volzin. Hierin is bepaald dat het bestuur van de beroepsorganisatie een aanvraag van erkenning van een specialistentitel kan doen bij de minister.[17]

Circulaire Beleidsregels toetsingskader wettelijke erkenning van specialistentitels

Deze circulaire dient er toe het toetsingskader voor deze beoordeling nader bekend te maken. De Minister kan bepalen dat een titel als wettelijk erkende specialistentitel wordt aangemerkt. Dat is mogelijk indien een organisatie van beoefenaren van een beroep als bedoeld in artikel 3 Wet BIG daartoe een aanvraag indient. Deze organisatie moet eerst zelf een specialistenregister hebben ingesteld en daaraan een titel hebben verbonden. In een specialistenregister staan beroepsbeoefenaren ingeschreven die een bijzondere deskundigheid hebben verworven met betrekking tot de uitoefening van een deelgebied van hun beroep. De toetsing vindt plaats in drie stappen. In de eerste stap wordt getoetst aan voorwaarden van artikel 14 lid 2, onder a t/m e Wet BIG. De tweede stap houdt in dat de regelingen, bedoeld in lid 2 onder c en d, worden getoetst aan strijd met het algemeen belang of met het recht. Tot slot wordt in de derde stap beoordeeld of een wettelijke erkenning van het betreffende specialisme wenselijk is ter bevordering van de goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. De Minister besluit een specialistentitel uitsluitend wettelijk te erkennen in het geval dat dit wenselijk is ter bevordering van de goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. De Minister zal motiveren waarom het wettelijk erkennen van de betreffende specialistentitel een meerwaarde heeft.

---

16 *Kamerstukken II* 2009/10, 32 261, nr. 3, p. 11, *Kamerstukken II* 2010/11, nr. 13 en 14 en *Kamerstukken I*, 2010/11 A, p. 2-3 en *Stb.* 2011, 568 en 631.

17 *Kamerstukken II* 2004/05, 30 207, nr. 3.

Periodieke registratie als specialist

Een regeling inzake periodieke registratie, zoals bedoeld in artikel 15 lid 1 Wet BIG, kan zijn opgenomen in een regeling inzake specialismen, zoals opgesteld op grond van artikel 14 lid 1 Wet BIG. Deze regeling houdt in dat degene die de opleiding tot specialist heeft voltooid wordt ingeschreven als specialist voor een bij de regeling bepaalde periode. Een aansluitende hernieuwde inschrijving vindt slechts plaats indien de specialist gedurende een bij die regeling bepaald tijdvak, voorafgaand aan de indiening van de aanvraag tot hernieuwde inschrijving, regelmatig op het gebied van het betreffende specialisme werkzaam is geweest, dan wel het beroep zal uitoefenen onder de bij de hernieuwde inschrijving aan te geven scholingsvoorwaarden.[18] Deze regeling sluit aan bij het stelsel van periodieke registratie van de basisberoepen.[19] In het tweede lid is de mogelijkheid opgenomen om werkzaamheden die strikt genomen niet onder de noemer individuele gezondheidszorg vallen, gelijk te stellen aan de werkzaamheden zoals bedoeld in het eerste lid.[20]

Artikel 16 Wet BIG

De minister heeft, indien de EU-regelgeving daarom vraagt, in 2006 de mogelijkheid gekregen om bij AMvB een nieuwe specialistentitel in het leven te roepen.[21] Hiervan is tot op heden geen gebruik gemaakt.

2.2.5 Opleidingseisen en deskundigheid

Deskundigheidsgebieden

Er hebben kleinere wijzigingen in de deskundigheidsgebieden plaatsgevonden. Genoemd kunnen worden de mogelijkheid van het verlenen van een vergunning aan huisartsen voor het ter handstellen van geneesmiddelen aan patiënten van zijn praktijk en het feit dat met het oog op taakherschikking de verwijsplicht voor de toegang tot de paramedische zorg is komen te vervallen, als gevolg waarvan de fysiotherapeut direct toegankelijk is.[22]

Opleidingstitelbescherming voor bij AMvB te regelen beroepen

Naast de beroepstitelbescherming van artikel 3 Wet BIG is er in artikel 34 een ‘lichte’ regeling getroffen voor opleidingstitelbescherming. Sinds 2002 zijn de huidtherapeut en de klinisch fysicus

---

18 *Stb.* 2006, 472 en 473; inwerkingtreding 15 december 2006, *Stb.* 2006, 639.

19 *Kamerstukken II* 1991/92, 19 522, nr. 25, p. 9.

20 *Kamerstukken II* 1991/92, 19 522, nr. 25, p. 9.

21 *Kamerstukken II* 2004/05, 30 207, nr. 3 en *Kamerstukken II* 2004/05, 30 207, nr. 3, p. 9.

22 *Stb.* 2005, 525 en 649, *Kamerstukken II* 2004/05, 30 124 en *Kamerstukken II* 2004/05, 30 124.

onder het bereik van artikel 34 gebracht.[23] Tussentijds zijn ook wijzigingen doorgevoerd in opleidingen en/of deskundigheidsgebieden van enkele artikel 34-beroepen.[24] Een pleidooi voor erkenning van de doktersassistente als artikel 34 beroep is in 2005 door de minister niet overgenomen. Hij vond dat de kwaliteit van het beroep voldoende gewaarborgd is via de opleiding op basis van de Wet educatie beroepsonderwijs.[25]

Wijziging opleidingseisen:

Verloskundige

Het besluit van 3 juli 2008, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de verloskundige (Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied verloskundige 2008) strekt tot uitvoering van de artikelen 30 en 31 Wet BIG en vervangt het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied verloskundige.[26] Vervanging van het uit 1997 daterende besluit houdt verband met het besluit om de (initiële) opleiding verloskunde (die van oudsher onder het Ministerie van Volksgezondheid ressorteerde) onder de werking van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) te brengen. Dit in navolging van de overdracht van de diverse paramedische opleidingen. Dit impliceert dat alle bepalingen inzake onderwerpen welke de WHW regelt – zoals aanwijzing van opleidingsinstellingen, duur van de opleiding, eisen inzake toelating tot de opleiding alsmede tot een volgend leerjaar, opleidingsplan, opleidings- en examenreglement, examen en examencommissie – kunnen vervallen. Wel blijft op grond van artikel 7.6 lid 1 WHW in combinatie met de artikelen 30 en 31 Wet BIG op initiatief van de Minister van Volksgezondheid de mogelijkheid bestaan om bij AMvB inhoudelijke opleidingseisen te stellen, hetgeen in het onderhavige besluit gebeurt. De wijze waarop verschilt echter van die in het vorige besluit: in het onderhavige besluit is niet langer sprake van vakken, doch wordt het – in de onderwijswereld inmiddels gebruikelijke – systeem gehanteerd van omschrijving van competenties, dat reeds is toegepast bij de omschrijving in het kader van de Wet BIG van de opleidingseisen voor de tandarts en de mondhygiënist.

Verpleegkundige

Het besluit van 6 juli 2011, houdende regels inzake de opleidingseisen van de verpleegkundige strekt tot uitvoering van artikel 32 Wet BIG, vervangt het Besluit opleidingseisen verpleegkundige. [27] De

---

23 Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut van 6 december 2002, *Stb.* 2002, 626, inwerkingtreding op 1 januari 2003. Gewijzigd bij Besluit van 10 juni 2010, *Stb.* 2010, 285, inwerkingtreding per 1 januari 2011 en Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied klinisch fysicus van 25 april 2005, *Stb.* 2005, 265, inwerkingtreding op 14 oktober 2009, *Stb.* 2009, 404.

24 Vgl. Wijzigingsbesluit Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en van het Besluit functionele zelfstandigheid (wijziging opleiding en deskundigheidsgebied mondhygiënist) van 21 februari 2006, *Stb.* 2006, 147, inwerkingtreding, zie *Stb.* 2006, 242.

25 Zie *Kamerstukken II* 2005/06, 30 300, XVI, p. 3.

26 *Stb.* 1997, 552.

27 Besluit opleidingseisen verpleegkundige van 6 juli 2011, *Stb.* 2011, 365.

onderhavige vervanging houdt verband met de nieuwe omschrijving van de inhoud van de opleidingen in kwestie. Hiervoor wordt nu het – in de onderwijswereld inmiddels gebruikelijke – systeem gehanteerd van omschrijving van competenties, dat reeds is toegepast bij de omschrijving in het kader van de Wet BIG, van bijvoorbeeld de opleidingseisen voor tandarts, diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut en verloskundige. Alle competenties tezamen vormen de deskundigheid van de afgestudeerde beroepsbeoefenaar. Dit betekent dat niet langer sprake is van vakgebieden.

Regels voor toelating van buitenlands gediplomeerden die een artikel 3-beroep uitoefenen

De Algemene wet erkenning EG-beroepsopleidingen, de Algemene wet erkenning EG-hoger-onderwijsdiploma's en de Algemene wet erkenning EG-beroepskwalificaties hebben geleid tot aanpassing van artikel 41 Wet BIG.[28] Het zesde lid is toegevoegd en verwijst naar artikel 11 lid 4 Algemene wet erkenning EG-beroepskwalificaties, waarin de daar bedoelde migrerende beroepsbeoefenaar de keuze wordt gelaten tussen een aanpassingsstage en een proeve van bekwaamheid. In artikel 43, lid 2 onderdeel b Wet BIG, is toegevoegd dat ten aanzien van de migrerende beroepsbeoefenaar geen tuchtrechtelijke, strafrechtelijke of bestuurlijke maatregel van kracht is waardoor hij in het buitenland zijn bevoegdheid heeft verloren en – voor zover van toepassing – hij zich houdt aan in het buitenland opgelegde bevoegdheidsbeperkingen.

2.2.6 Voorbehouden handelingen

Artikel 36 Wet BIG

Een belangrijke wijziging is de toevoeging van het veertiende lid aan artikel 36 Wet BIG. Op grond hiervan is het mogelijk om via een ministeriële regeling aan categorieën verpleegkundigen een geclausuleerde zelfstandige voorschrijfbevoegdheid van receptplichtige geneesmiddelen toe te kennen.[29] Deze bevoegdheid is beperkt door het vereiste dat een arts, tandarts of verloskundige de diagnose bij de desbetreffende patiënt moet hebben gesteld. Ook is de reikwijdte van de voorschrijfbevoegdheid in de ministeriële regeling bepaald. De aangewezen verpleegkundigen moeten bij het voorschrijven de protocollen en standaarden worden gevolgd. Van deze bevoegdheid is nog geen gebruik gemaakt.

Het zestiende lid van artikel 36 Wet BIG is toegevoegd naar aanleiding van een amendement.[30] Hiermee is de ‘voorhangprocedure’ toegevoegd. Dit houdt in dat het ontwerp van een ministeriële regeling gedurende vier weken worden ‘voorgehangen’. Dit betekent dat het parlement gedurende die termijn over de regeling kan debatteren en eventueel bezwaar maken, maar indien dit niet gebeurt, de regeling automatisch van kracht wordt.

---

28 *Kamerstukken II* 2006/07, 31 059, nr. 1-3.

29 *Kamerstukken II* 2005/06, 29 359, nr. 82.

30 *Kamerstukken II* 2005/06, 29 359, nr. 82.

Artikel 36a Wet BIG

Sinds de eerste evaluatie van de Wet BIG is er een experimenteerartikel (artikel 36a) toegevoegd, waardoor nieuwe beroepsgroepen tijdelijk de bevoegdheid krijgen op eigen initiatief zelfstandig voorbehouden handelingen te verrichten zodat taakherschikking mogelijk wordt. Dit gebeurt door middel van een AMvB. Per 1 januari 2012 zijn de AMvB's voor respectievelijk de physician assistant en de verpleegkundig specialist in werking getreden.[31] Deze AMvB's geven physician assistants en verpleegkundig specialisten voor de duur van vijf jaar de bevoegdheid om zelfstandig een aantal voorbehouden handelingen te indiceren en uit te voeren. Op deze beroepsgroepen is het tuchtrecht van toepassing verklaard. Slechts de maatregelen waarschuwing, berisping en geldboete kunnen worden opgelegd.

2.2.7 Tuchtrecht

In het kader van het programma Bruikbare rechtsorde is in 2005 een werkgroep tuchtrecht (commissie Huls) ingesteld. De werkgroep had tot doel een advies uit te brengen dat ertoe strekt consistentie te bewerkstelligen in het beleid dat de overheid ten aanzien van het tuchtrecht voert. Het bevat voorstellen tot versterking van de kwaliteit van de uitvoering en de efficiency van het tuchtrecht.[32] De werkgroep is van oordeel dat het tuchtrecht ook voor de toekomst een zinvol instrument is om de eigen verantwoordelijkheid van beroepsgroepen gestalte te geven. Wel wordt versterking van het tuchtrecht noodzakelijk geacht. De belangrijkste aanbeveling van de werkgroep - het tot stand brengen van een kaderwet tuchtrecht - heeft, behoudens een voorontwerp, geen verder vervolg gekregen.[33] De commissie Huls is geen voorstander van het introduceren van de mogelijkheid om tuchtklachten tegen rechtspersonen in te dienen. De commissie Huls komt nader aan de orde in hoofdstuk 6.

Naar aanleiding van de beroepsbeperkende afspraken die de IGZ in de zaak Jansen Steur bleek te hebben gemaakt, heeft Legemaate erop gewezen dat dergelijke afspraken zich niet zonder meer verdragen met de jurisprudentie van de Hoge Raad.[34] Van belang is dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een Handhavingskader opstelt met betrekking tot dergelijke afspraken.[35] In het rapport wordt de suggestie gedaan om aan het BIG-register een besloten deel toe te voegen dat alleen kan worden geraadpleegd door derden met een gerechtvaardigd belang. In dit deel kunnen worden aangetekend: alle maatregelen van de tuchtrechter of het College voor Medisch Toezicht (CMT), beroepsbeperkende afspraken die de IGZ met een beroepsbeoefenaar maakt en meldingen van disfunctioneren door ziekenhuizen.[36] Bepleit wordt om de bevoegdheid van de IGZ tot actieve

---

31 Zie: *Kamerstukken II* 2009/10, 32 261, nr. 7. Voor de physician assistant is dit uitgewerkt in het Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant van 21 december 2011, *Stb.* 2011, 658.

32 Huls 2006, p. 9.

33 Brief van de Staatssecretaris van Justitie van 7 december 2007 (kabinetsstandpunt tuchtrecht), kenmerk 5519448/07, p. 3 en 4.

34 Legemaate 2009, p. 9 en 10.

35 Legemaate 2009, p. 28.

36 Legemaate 2009, p. 29.

openbaarmaking expliciet in de wet te regelen.[37] Opnieuw wordt aanbevolen om het College Medisch Toezicht als aparte instantie te laten vervallen.[38]

In de eerste evaluatie van de Wet BIG is opgemerkt, dat de gedachte dat een klager, voordat hij een klacht indient bij het tuchtcollege, deze bespreekt met de betrokken hulpverlener, brede steun vindt. In de Wkkgz zijn bepalingen opgenomen die in dit opzicht de dialoog bevorderen tussen beroepsbeoefenaar en klager. De zorgaanbieder moet zorgen dat een klachtenfunctionaris deze dialoog bevordert.

2.2.8 Strafrecht

Samenwerkingsprotocol Volksgezondheid tussen de IGZ en het OM

Er zijn meerdere partijen actief op het terrein van de volksgezondheid. Om een uniforme en consistente samenwerking tussen de IGZ en het Openbaar Ministerie (OM) te bewerkstelligen, is het Samenwerkingsprotocol Volksgezondheid tussen de IGZ en het OM ingevoerd. Dit protocol is inwerking getreden op 1 maart 2009.

Bestuurlijke boete

In artikelen 96, 97, 98, 99 en 101 Wet BIG is de mogelijkheid opgenomen om een bestuurlijke boete op te leggen. Door toevoeging van twee voorwaarden voor de toepasselijkheid van de strafbepaling, wordt de voorrang van de bestuurlijke boete vastgelegd. Pas bij het intreden van de voorwaarden is ook strafrechtelijk optreden mogelijk. Omdat er dan sprake is van samenloop moet er met het OM overleg worden gepleegd over de wijze van optreden.[39]

Artikel 96a en 96b Wet BIG

Op 1 december 2002 traden de artikelen 96a en 96b in werking. Hiermee werd het mogelijk om, voorafgaand aan de strafvervolging, een verdachte van overtreding van artikel 96 een voorlopige maatregel op te leggen. Deze maatregel houdt in dat de verdachte een bevel krijgt om zich van het verrichten van bepaalde handelingen te onthouden.[40]

---

37 Legemaate 2009, p. 29.

38 Legemaate 2009, p. 16.

39 *Kamerstukken II* 2006/07, 31 122, nr.3.

40 *Stb.* 2002, 519.

2.3 Ontwikkelingen in de maatschappelijke context vanuit empirisch perspectief

2.3.1 Inleiding

In deze paragraaf gaan we nader in op de opvattingen van instellingen, consumenten, beroepsbeoefenaren en advocaten over een aantal maatschappelijke ontwikkelingen, die raken aan de Wet BIG. In algemene zin kunnen we stellen dat het onderwerp zorg terug is in het centrum van de maatschappelijke discussie. In het Continu Onderzoek Burgerperspectieven van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) kwam bijvoorbeeld het onderwerp zorg in het derde kwartaal van 2012 met stip binnen op nummer vier op de lijst van de grootste problemen in Nederland in de ogen van de burgers. Zorg staat in deze lijst nog boven onderwerpen als veiligheid en criminaliteit en immigratie en integratie.[41] De grootste zorgen van de burger ten aanzien van de zorg gaan volgens het SCP over twee onderwerpen: hoe organiseren we de zorg en hoe houden we de zorg betaalbaar. Deze beide discussies worden op hun beurt gedreven door achterliggende demografische, economische en technologische ontwikkelingen. Demografische ontwikkelingen zoals de vergrijzing veroorzaken een sterke stijging in de vraag naar zorg. Ook door technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen stijgt de vraag naar en het aanbod van zorg. De toegenomen zorgvraag draagt bij aan een sterke groei van de vraag naar gekwalificeerd personeel in de zorgsector. Deze toenemende vraag, gekoppeld aan een afnemende beroepsbevolking, leidt op de middellange termijn tot krapte op de arbeidsmarkt voor beroepsbeoefenaren.[42] Deze voorziene krapte is een van de drijvende krachten achter taakherschikking en andere innovaties in de organisatie van de zorg.[43] De toegenomen vraag naar zorg leidt tot een stijging van de kosten in een tijd waarin budgetten door de aanhoudende economische malaise al onder druk staan. De druk op kostenbesparende maatregelen en meer efficiëntie is een andere drijvende kracht achter taakherschikking. In paragraaf 2.3.2 gaan we nader in op de opvattingen van de beroepsgroepen en instellingen ten aanzien van taakherschikking, samenwerking en ketenzorg.

De opkomst en stormachtige ontwikkeling van de informatiesamenleving is een van de meest in het oog springende maatschappelijke veranderingen van de afgelopen 20 jaar. Deze ontwikkeling heeft ook grote consequenties voor (de organisatie van) de gezondheidszorg. Een begrip als eHealth, oftewel het gebruik van ICT om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of verbeteren,[44] speelt hierin een grote rol. Binnen eHealth zijn verschillende aspecten te onderscheiden.[45] eHealth kan leiden tot een grotere, actieve rol van de patient in het zorgproces. Er is dan als het ware sprake van een coproductie van de zorg tussen zorgconsument en zorgproducent. Verder verloopt communicatie tussen beroepsbeoefenaar en patient minder vaak face-to-face en vaker indirect en vindt zorg vaker buiten zorginstellingen plaats. eHealth toepassingen bieden tenslotte een

41 Dekker, den Ridder & Schnabel 2012.

42 Arbeid in Zorg en Welzijn 2012.

43 RVZ advies ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg 2010.

44 Definitie uit Nationale implementatie agenda, 2012.

45 Zie RVZ achtergrondstudie de rol van eHealth 2011.

faciliterende rol in het opknippen en in delen uitvoeren van zorgprocessen en zijn daarmee een belangrijk technisch hulpmiddel in de processen taakherschikking, samenwerking en ketenzorg.

De opkomst en ontwikkeling van de informatiesamenleving is niet alleen van invloed op de organisatie en productie van de zorg zelf, maar ook van invloed op de houding, keuzes, kennis en opvattingen van burgers ten aanzien van gezondheid en gezondheidszorg. De RVZ spreekt zelf van een "*paradigmashift, waarbij de burger sterker de regie neemt en samenwerkt in een breed netwerk van zorgprofessionals*".[46] Beroepsbeoefenaren ervaren burgers als kritischer ten aanzien van de zorg die zij ontvangen. Door de opkomst van internet heeft dezelfde burger bovendien toegang tot een enorme hoeveelheid informatie variërend van medisch-wetenschappelijke artikelen tot de nieuwste trends op het gebied van niet-reguliere behandelwijzen. De sociale media bieden burgers een makkelijk platform om ervaringen uit te wisselen met lotgenoten. Dezelfde sociale media kunnen er eveneens toe bijdragen dat geruchten en onwaarheden in een mum van tijd verspreid worden en het vertrouwen in de zorg ondermijnen, zoals de commotie rond het vaccinatieprogramma tegen baarmoederhalskanker in 2011 liet zien. In paragraaf 3.4.1 gaan we nader in op de opvattingen van beroepsbeoefenaren ten aanzien van enkele van deze punten.

Een andere ontwikkeling in de maatschappelijke context, die raakt aan de Wet BIG is een verandering in de manier waarop de samenleving omgaat met risico en vertrouwen. In dit verband wordt de huidige samenleving ook wel als een 'risico samenleving' aangeduid. Deze term is afkomstig van de Duitse socioloog Ulrich Beck, die stelt dat we in een samenleving leven waar *'the staged anticipation of disasters and catastrophes obliges us to take preventative action'*.[47] Een andere invalshoek is de veranderende rol van vertrouwen in de professionaliteit van de arts. In het advies 'Vertrouwen in de arts' neemt de Raad voor Volksgezondheid en Zorg de stelling in dat zorgprofessionals maatregelen zullen moeten nemen om het vertrouwen in hun professies te behouden. Deze maatregelen grijpen in op de professionele autonomie van de arts.[48] Paul Schnabel wijst in zijn bijdrage aan dit advies op het fenomeen deprofessionalisering: *"Deprofessionalisering is ook het gevolg van de toegenomen protocollisering van het werk, in de vorm van 'evidence based' standaarden voor steeds meer aandoeningen, zowel wat betreft de diagnostiek als de behandeling. Standaarden relativeren het voor de medische professie zo lang kenmerkende 'esoterische' karakter van de kennis en het handelen"*.[49]

Veranderende opvattingen over de autoriteit van en vertrouwen in de wetenschappelijke kennis in het algemeen en de biomedische kennis in het bijzonder spelen ook een rol in het debat rond niet reguliere behandelwijzen.[50] In paragraaf 2.3.3 gaan we nader in op de opvattingen van de consumenten, instellingen en advocaten ten aanzien van niet-reguliere behandelwijzen.

---

46 RVZ achtergrondstudie de rol van eHealth 2011.

47 Beck 2010, p 9.

48 RVZ advies vertrouwen in de arts 2007.

49 Schnabel 2007.

50 Zie bijvoorbeeld Black 2012.

2.3.2 Opvattingen beroepsbeoefenaren en instellingen samenwerking en taakherschikking

In deze paragraaf wordt besproken wat de opvattingen van beroepsbeoefenaren en instellingen zijn voor zover het gaat om samenwerking en taakherschikking.

Samenwerking

Instellingen is de vraag voorgelegd of zij zorg verlenen in samenwerkingsverbanden met andere instellingen.

Tabel 2.1 : Verleent uw instelling zorg in samenwerkingsverbanden met andere instellingen?

	ZK N=52	VPH N=36	PK N=26	GGZ N=42	TZ N=34	IVB N=33
Ja, structureel.	40%	22%	8%	24%	15%	21%
Ja, regelmatig.	29%	28%	19%	38%	44%	33%
Ja, incidenteel.	10%	14%	15%	14%	26%	30%
Nee.	8%	25%	54%	12%	12%	6%
Weet niet.	13%	11%	4%	12%	3%	9%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

Bijna 70% van de ziekenhuizen verleent structureel of regelmatig zorg in samenwerkingsverbanden. Bij de andere instellingen ligt dit op 50 tot 60%, met uitzondering van de particuliere klinieken.[51] Daar ligt dat op 27%.

51 Onder de noemer particuliere klinieken zijn ook Zelfstandig Behandel Centrum instellingen (ZBC-instellingen) bevraagd.

Tabel 2.2: Zijn de onderstaande beweringen van toepassing op de afspraken over samenwerking binnen uw instelling*/met andere instellingen?

% ja	ZK N=40	ZK* N=34	VPH N=28	VPH* N=20	GGZ N=37	GGZ* N=30	TZ N=27	TZ* N=29	IVB N=27	IVB* N=24
Er zijn afspraken gemaakt over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden	83%	81%	93%	90%	100%	90%	100%	83%	100%	93%
Als sprake is van samenwerking, is een aanspreekpunt voor de patiënt aangewezen	83%	69%	100%	95%	100%	94%	100%	86%	100%	89%
Er is een punt aangewezen waar de patiënt een klacht kan indienen	100%	81%	93%	90%	100%	84%	97%	83%	96%	88%
De afspraken zijn geheel of gedeeltelijk schriftelijk vastgelegd	76%	81%	93%	76%	92%	83%	100%	90%	100%	96%
De afspraken zijn bekend bij de beroepsbeoefenaren die bij de samenwerking betrokken zijn	78%	69%	97%	95%	97%	84%	100%	90%	93%	100%
De afspraken liggen ter inzage	59%	47%	89%	62%	76%	52%	93%	72%	93%	71%
De afspraken worden regelmatig geëvalueerd en waar nodig bijgesteld	73%	60%	86%	71%	89%	77%	96%	83%	93%	88%

*De kolommen met een asterisk geven de afspraken over samenwerking met andere instellingen weer

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

De bovenstaande tabel laat zien dat zorginstellingen in grote mate aangeven afspraken te maken ten aanzien van samenwerking en de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Dit geldt zowel voor afspraken binnen de instelling, als afspraken met andere instellingen, zij het in iets minder sterke mate. Het ter inzage leggen van de gemaakte afspraken komt volgens opgave van de zorginstellingen minder voor.

Wanneer we beroepsbeoefenaren vragen naar specifieke aspecten van samenwerking ontstaat een genuanceerder beeld. De beroepsgroepen is een aantal stellingen voorgelegd over de manier waarop samenwerking tussen beroepsbeoefenaren binnen en buiten de eigen instelling is georganiseerd. De onderstaande tabellen geven hiervan een overzicht.

Tabel 2.3: Stellingen samenwerking binnen de instelling

% eens	A N=233	HK N=166	HA N=165	GY N=206	VK N=271	VPS N=308	VP N=1293	TA N=261	GZ N=353	MH N=211	KF N=162
Wanneer ik samenwerk met andere beroepsbeoefenaren binnen mijn instelling is het duidelijk wie het directe aanspreekpunt is voor de patiënt.	58%	74%	85%	76%	70%	79%	75%	81%	82%	71%	69%
Wanneer ik samenwerk met andere beroepsbeoefenaren binnen mijn instelling maak ik gebruik van een gezamenlijk zorg- of behandelplan.	66%	94%	67%	81%	82%	75%	81%	77%	81%	73%	62%
Binnen mijn instelling hebben we afspraken gemaakt hoe we met incidenten omgaan.	82%	81%	79%	98%	81%	93%	92%	78%	82%	66%	95%
Een vertrouwensband opbouwen met de patiënt is niet eenvoudig wanneer de patiënt steeds met andere beroepsbeoefenaren te maken heeft.	86%	81%	77%	82%	71%	72%	71%	82%	75%	83%	75%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Tabel 2.4: Stellingen samenwerking buiten de instelling

% eens	A N=232	HK N=165	HA N=165	GY N=205	VK N=270	VPS N=304	VP N=1267	TA N=261	GZ N=356	MH N=206	KF N=156
Wanneer ik samenwerk met andere beroepsbeoefenaren buiten mijn instelling is het duidelijk wie het directe aanspreekpunt is voor de patiënt.	46%	60%	53%	61%	61%	59%	52%	78%	62%	57%	42%
Wanneer ik samenwerk met andere beroepsbeoefenaren buiten mijn instelling maak ik gebruik van een gezamenlijk zorg- of behandelplan.	28%	37%	46%	43%	52%	29%	39%	66%	32%	40%	24%
Met hulpverleners buiten mijn instelling hebben we afspraken gemaakt hoe we met incidenten omgaan.	13%	15%	25%	27%	45%	13%	26%	28%	19%	22%	22%
Het risico bestaat dat de patiënt tegenstrijdige informatie ontvangt.	67%	68%	67%	77%	67%	58%	51%	50%	52%	49%	47%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Binnen een instelling is er volgens 70 tot ruim 80% van de beroepsbeoefenaren een duidelijk aanspreekpunt voor de patiënt. In de samenwerking met beroepsbeoefenaren buiten de instelling is dat minder vaak het geval. Percentages liggen dan tussen de 40 en ruim 60%. Binnen de instelling wordt volgens tweederde tot ruim 80% van de beroepsbeoefenaren met een gezamenlijk zorg- of behandelplan gewerkt. In de samenwerking buiten de eigen instelling is dit een kwart tot de helft. Uitzondering hierop vormen de tandartsen. Deze scoren op beide stellingen hoger. Over het algemeen geeft meer dan 80% van de beroepsbeoefenaren aan dat er binnen de instelling afspraken gemaakt zijn over hoe met incidenten moet worden omgegaan. Dergelijke afspraken worden veel minder vaak met beroepsbeoefenaren buiten de eigen instelling gemaakt. Verloskundigen scoren hier met 45% het hoogst. De overige beroepsgroepen liggen tussen de 13 en 28%.

Een grote meerderheid van de beroepsbeoefenaren geeft aan dat het opbouwen van een vertrouwensband niet eenvoudig is wanneer een patiënt steeds met andere beroepsbeoefenaren te maken heeft. Ook bestaat volgens de helft tot driekwart van de beroepsbeoefenaren het risico dat bij samenwerkingsverbanden buiten de eigen instelling de patiënt tegenstrijdige informatie ontvangt.

Taakherschikking

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen beroepen. Taakherschikking is een proces dat in de praktijk ontstaat. Eens in de zoveel tijd is er behoefte om de taakherschikking die heeft plaatsgevonden een meer structureel karakter te geven, omdat men bijvoorbeeld tegen de grenzen van wet- en regelgeving aanloopt, opleidingen nodig zijn of veranderd moeten worden of omdat de financiering van de zorg niet is afgestemd op de taakherschikking.[52] Aan instellingen is de vraag voorgelegd in hoeverre binnen de instelling gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid van taakherschikking. Onder taakherschikking wordt in dit geval niet alleen de formele taakherschikking op basis van het experimenteerartikel (artikel 36a Wet BIG) bedoeld, maar taakherschikking in de zin van herverdeling van taken in de praktijk. Dit blijkt ook uit de voorbeelden die respondenten hebben gegeven, zoals taakherschikking naar doktersassistenten en verpleegkundigen, niet zijnde verpleegkundig specialist.

Tabel 2.5: Maakt uw instelling gebruik van de mogelijkheid van taakherschikking?

	ZK N=48	VPH N=34	PK N=25	GGZ N=39	TZ N=29	IVB N=31
Ja, structureel	35%	15%	8%	0%	7%	13%
Ja, regelmatig	27%	15%	12%	15%	10%	13%
Ja, incidenteel	21%	9%	0%	13%	10%	19%
Nee	15%	41%	68%	59%	55%	48%
Weet niet	2%	21%	12%	13%	17%	6%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

52 Jakobs e.a. 2002, p. 61.

Een ruime meerderheid van de ziekenhuizen maakt gebruik van taakherschikking. Iets meer dan 60% doet dit structureel of regelmatig. Bij de overige zorginstellingen speelt taakherschikking een minder grote rol: 41 tot 68% geeft aan geen gebruik van de mogelijkheid van taakherschikking te maken.

Aan beroepsbeoefenaren is een aantal stellingen over taakherschikking, patiëntveiligheid en de verantwoordelijkheidsverdeling daaromtrent voorgelegd. De onderstaande tabel geeft een overzicht.

Tabel 2.6: Stellingen taakherschikking

% eens	A N=230	HK N=163	GY N=203	VK N=266	VPS N=307	VP N=1249	KF N=157
Taakherschikking verbetert de patiëntveiligheid in mijn beroepspraktijk.	31%	45%	44%	40%	80%	43%	27%
Taakherschikking levert risico's op voor de patiëntveiligheid in mijn beroepspraktijk.	19%	18%	21%	15%	3%	18%	17%
In de instelling/praktijk waar ik werk, is rond taakherschikking sprake van een adequate verantwoordelijkheidsverdeling tussen individuele beroepsbeoefenaren onderling.	41%	62%	55%	54%	76%	44%	37%
In de instelling/praktijk waar ik werk, is rond taakherschikking sprake van een adequate verantwoordelijkheidsverdeling tussen individuele beroepsbeoefenaren en de afdelingsleiding.	39%	53%	54%	42%	71%	43%	32%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Een minderheid van de beroepsbeoefenaren vindt dat taakherschikking tot een verbetering van de patiëntveiligheid leidt. De groep die vindt dat taakherschikking risico`s oplevert voor de patiënt-veiligheid is nog kleiner. De verpleegkundig specialisten vormen hierop een uitzondering: 80% van de beroepsgroep vindt dat taakherschikking wel tot een verbetering van de patiëntveiligheid leidt en slechts 3% van de verpleegkundig specialisten ziet in taakherschikking risico`s voor de patiënt-veiligheid. De verantwoordelijkheidsverdeling rond taakherschikking tussen individuele beroepsbeoefenaren en tussen individuele beroepsbeoefenaren en afdelingsleiding is niet altijd adequaat. Verpleegkundig specialisten scoren hier het hoogst: 71 tot 76% van de beroepsgroep vindt de verantwoordelijkheidsverdeling rond taakherschikking in de eigen instelling adequaat. Bij klinisch fysici zijn deze percentages het laagst: 32-37%. Overigens kiest een opvallend grote groep respondenten bij de beantwoording van deze stellingen voor de middencategorie ‘eens noch oneens’. Dit kan erop wijzen dat respondenten ofwel geen uitgesproken opvattingen hebben ten aanzien van de onderwerpen in de stellingen ofwel dat zij juist wel uitgesproken opvattingen hebben, maar dat deze niet goed in de stellingen tot hun recht komen.

2.3.3 Vertrouwen en niet-reguliere behandelwijzen

In deze paragraaf gaan we nader in op het vertrouwen van consumenten in reguliere beroepsbeoefenaren en niet-reguliere behandelaars. Instellingen en consumenten zijn gevraagd naar

de controle die nodig is op beroepsbeoefenaren die niet-reguliere behandelwijzen of cosmetische behandelingen aanbieden. Aan beroepsbeoefenaren is gevraagd of niet-reguliere behandelaars die een fout hebben gemaakt voldoende vervolgd worden door het OM. Aan de advocaten is gevraagd of zij vinden dat de strafbepalingen voldoende scherp zijn en of er een strafrechtelijk gesanctioneerde plicht in het leven geroepen moet worden voor niet-reguliere behandelaars.

Vertrouwen van consumenten

Tabel 2.7: Vertrouwen in arts, specialist, niet reguliere arts en niet-reguliere behandelaar, geen arts

	2000	2010
Huisarts	91%	89%
Specialist	90%	90%
Niet-reguliere arts	57%	45%
Niet-regulier, geen arts	12%	9%

Bron: Barometer Vertrouwen, Nivel

Het vertrouwen in de artsen, specialisten en andere medische professionals als zodanig is in Nederland hoog. Uit cijfers uit de Barometer Vertrouwen van Nivel blijkt dat 89% van de consumenten veel of heel veel vertrouwen in de huisarts heeft. Bij specialisten is dat 90%.[53] Hoewel het vertrouwen in artsen die reguliere zorg verlenen op zich hoog is, is er vanuit consumenten een blijvende vraag naar niet-reguliere behandelwijzen. Consumenten die hier gebruik van maken, wijzen de reguliere zorg niet per definitie geheel af. Vaak gebruiken ze niet-reguliere behandelwijzen in combinatie met reguliere zorg. De Barometer Vertrouwen van Nivel laat wel een afname zien van het vertrouwen van consumenten in niet-reguliere behandelaars en artsen die niet-reguliere behandelwijzen toepassen.

Tabel 2.8: Vertrouwen en behoefte aan kwaliteitskenmerken consumenten, N=1078

Stelling	Eens	Oneens
Ik heb meer vertrouwen in niet-reguliere behandelaars dan in reguliere behandelaars.	7%	64%
Ik vind dat er onvoldoende bescherming is tegen niet-reguliere behandelaars die fouten maken.	55%	12%
Ik heb behoefte aan een herkenbaar kwaliteitskenmerk voor niet-reguliere behandelaars.	59%	14%
Ik vind dat er onvoldoende bescherming is tegen cosmetische behandelaars die fouten maken.	52%	8%
Ik heb behoefte aan een herkenbaar kwaliteitskenmerk voor cosmetisch behandelaars.	58%	11%

Bron: enquête consumenten Pro Facto/ Ruigrok|Netpanel

53 Barometer Vertrouwen in de gezondheidszorg.

Slechts een klein deel van de consumenten heeft meer vertrouwen in niet-reguliere behandelaars dan in reguliere behandelaars; 7% is het eens met de betreffende stelling. Toch is er behoefte aan bescherming tegen niet-reguliere behandelaars die fouten maken en een herkenbaar kwaliteits-keurmerk voor niet-reguliere behandelaars. Meer dan de helft van de consumenten is het eens met de betreffende stellingen. Consumenten die wel eens een niet-reguliere behandelaar bezoeken, zijn het hier meer mee eens dan andere consumenten. Het aandeel consumenten dat juist het tegendeel vindt, is beperkt (12-14%). Een vergelijkbaar beeld zien we wanneer we consumenten vragen naar de bescherming tegen cosmetische behandelaars die fouten maken en de behoefte aan een herkenbaar kwaliteitskenmerk voor cosmetische behandelaars. Ook hier is meer dan de helft van de consumenten het met de betreffende stellingen eens.[54]

Opvattingen instellingen

Aan de instellingen is gevraagd of er controle nodig is op beroepsbeoefenaren die niet-reguliere behandelwijzen aanbieden en wie daar primair verantwoordelijk voor gehouden kan worden. In de onderstaande twee tabellen zijn de antwoorden van de instellingen opgenomen.

Tabel 2.9: Is er naar de mening van uw instelling controle nodig op BIG-geregistreerden die niet-reguliere behandelwijzen aanbieden en zo ja wie is daar primair verantwoordelijk voor?

	ZK	VPH	PK	GGZ	TZ	IVB
	N=45	N=29	N=24	N=38	N=29	N=32
Nee, dat is niet nodig.	22%	41%	29%	26%	31%	28%
Ja, de beroepsorganisaties zijn daar verantwoordelijk voor.	38%	28%	38%	42%	31%	38%
Ja, de zorgverzekeraars zijn daar verantwoordelijk voor.	4%	10%	0%	8%	14%	0%
Ja, de overheid is daar verantwoordelijk voor.	36%	21%	33%	24%	24%	34%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

Tabel 2.10: Ook niet BIG-geregistreerden kunnen overgaan tot het aanbieden van niet-reguliere behandelwijzen. Is er naar de mening van uw instelling controle nodig op niet BIG-geregistreerden die niet-reguliere behandelwijzen aanbieden en zo ja wie is daar primair verantwoordelijk voor?

	ZK	VPH	PK	GGZ	TZ	IVB
	N=45	N=30	N=25	N=39	N=29	N=32
Nee, dat is niet nodig.	22%	37%	24%	26%	28%	28%
Ja, de beroepsorganisaties zijn daar verantwoordelijk voor.	18%	20%	32%	23%	17%	38%
Ja, de zorgverzekeraars zijn daar verantwoordelijk voor.	0%	7%	0%	13%	14%	0%
Ja, de overheid is daar verantwoordelijk voor.	60%	37%	44%	38%	41%	34%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

54 Het onderwerp van de cosmetische behandelaars raakt de Wet BIG tevens waar het gaat om voorbehouden handelingen die nu niet onder de bescherming van de Wet BIG vallen. Voorbeelden zijn de incisies en het injecteren tijdens een borstvergrotingsoperatie die uitsluitend uit cosmetisch oogpunt wordt verricht. In hoofdstuk 5 gaan we hier nader op in.

Uit de bovenstaande tabellen blijkt dat 22% tot 41% van de instellingen vindt dat zowel bij BIG-geregistreerden als bij niet BIG-geregistreerden geen controle nodig is. Verpleeghuizen vinden het vaakst dat er wel controle nodig is, ziekenhuizen vinden dat het minst vaak. Door de meeste instellingen wordt aangegeven dat bij niet-BIG-geregistreerden de overheid verantwoordelijk is voor deze controle; bij instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking denkt circa de helft dat de beroepsorganisaties daar verantwoordelijk voor zijn en de helft dat de overheid er verantwoordelijk voor is. Bij BIG-geregistreerden bestaat meer verschil van mening, maar worden de beroepsorganisaties het vaakst genoemd als de instanties die controle op BIG-geregistreerde alternatieve behandelaars moeten houden.

Opvattingen advocaten

Aan advocaten is een aantal vragen voorgelegd over de bescherming die de overheid biedt aan burgers bij de behandeling door niet-reguliere behandelaars.

Tabel 2.11: Noodzaak voor meer bescherming en strafrechtelijke gesanctioneerde zorgplicht in geval van niet BIG-geregistreerde niet-reguliere behandelaars

% ja	Advocaten N=42
Vindt u dat de Wet BIG meer bescherming zou moeten bieden aan burgers die hulp zoeken bij *niet* BIG-geregistreerde alternatieve behandelaars?	57%
Dient er een strafrechtelijk gesanctioneerde zorgplicht voor de *niet* BIG-geregistreerde alternatieve behandelaar in de Wet BIG te worden vastgelegd?	69%

Bron: enquête advocaten Pro Facto

Door 57% van de advocaten is geantwoord dat zij vinden dat de overheid meer bescherming zou moeten bieden aan burgers die hulp zoeken bij *niet BIG-geregistreerde* niet-reguliere behandelaars. Door 69% van de advocaten wordt gevonden dat er een strafrechtelijk gesanctioneerde zorgplicht in de Wet BIG opgenomen moet worden. Door enkele advocaten is aangegeven dat door de vrije keuze voor een zorgverlener die consumenten hebben, het logischer zou zijn ook een beschermingsgraad te bieden in de wet die breder is dan BIG-geregistreerde hulpverleners. Het tuchtrecht zou hier geen goede plek voor zijn volgens de advocaten, het zou naar hun opvatting moeten gaan om een andere vorm van bescherming. Door een deel van de advocaten wordt genoemd dat strafrechtelijk voldoende mogelijkheden bestaan om niet-reguliere behandelaars te vervolgen, een ander deel geeft aan dat het feit dat er momenteel nauwelijks wordt vervolgd, erop wijst dat er onvoldoende strafrechtelijke mogelijkheden bestaan. In hoofdstuk 7 wordt nader ingegaan op de juridische en empirische aspecten van een eventuele strafrechtelijk gesanctioneerde zorgplicht voor niet BIG-geregistreerde niet-reguliere behandelaars.

2.4 Afsluitend

In dit hoofdstuk is een korte schets van een aantal ontwikkelingen in de afgelopen jaren gegeven. Er is aangegeven welke wijzigingen in de wetgeving en in het zorgstelsel hebben plaatsgevonden, waarna

gesproken is over relevante maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de veranderende omgang met risico en vertrouwen en de opkomst van de informatiesamenleving.

In de media en in de politieke discussie is veel aandacht voor aan de ene kant de corrigerende werking die de Wet BIG biedt via tuchtrecht en strafrecht en aan de andere kant de manier waarop de resultaten van deze corrigerende werking gecommuniceerd worden naar het publiek. In het (academisch) onderzoek naar en denken over het borgen van de kwaliteit van de zorg kunnen we constateren dat deze steeds minder gekoppeld wordt aan de individuele beroepsbeoefenaar, maar in plaats daarvan meer ingebed wordt in organisatorische structuren. Door de verandering van het stelsel in 2006 heeft marktwerking en concurrentie een steeds grotere rol gekregen, vanuit de gedachte dat dit leidt tot meer zelfregulering in het veld en concurrentie op kwaliteit op de zorginkoopmarkt. De toegenomen nadruk op efficiëntie en kwaliteitsverbetering moet mede in het licht gezien worden van tekorten op de arbeidsmarkt en krappere budgetten in de zorg. Eén van de organisatorische gevolgen van deze ontwikkelingen is de toegenomen rol van taakverschuiving en ketenzorg.

De vraag is of het stelsel van de Wet BIG nog voldoende robuust is om te reageren op de hiervoor geschetste maatschappelijke ontwikkelingen. Na een bespreking van de inzet van de belangrijkste instrumenten van de Wet BIG in de hoofdstukken 3 tot en met 7, zal in hoofdstuk 8 de algemene systematiek van de wet besproken worden, waarna in hoofdstuk 9 een antwoord gegeven wordt op de vraag of de Wet BIG toekomstbestendig is.

3

Registratie en titelbescherming

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk begint met een beschrijving van de doelstellingen inzake registratie en titelbescherming en daarna wordt een beschrijving gegeven van de registers die beroepen op basis van de Wet BIG registreren (paragraaf 3.2). Vervolgens wordt nagegaan hoe het instrumentarium inzake registratie en titelbescherming wordt ingezet in de praktijk, door beroepsbeoefenaren en zorginstellingen en in hoeverre consumenten het instrumentarium gebruiken (paragraaf 3.3). Vervolgens wordt nagegaan welke opvattingen er bestaan bij beroepsbeoefenaren, zorginstellingen, consumenten en zorgverzekeraars terzake van registratie en titelbescherming (paragraaf 3.4), gevolgd door een analyse van de empirie in paragraaf 3.5. In paragraaf 3.6 wordt aandacht besteed aan het BIG-register, waarna in paragraaf 3.7 wordt ingegaan op de vraag of er aanleiding is voor aanpassing van de criteria op basis waarvan beroepen op dit moment worden gereglementeerd en of er nieuwe beroepen zijn die moeten worden gereglementeerd.

3.2 Registratie op basis van de Wet BIG

3.2.1 Doelstellingen van registratie en titelbescherming

De doelstelling van de Wet BIG als kwaliteitswet blijkt onder meer uit het stelsel van constitutieve registratie en titelbescherming. Als belangrijkste reden voor dit stelsel geldt het belang van publieksvoorlichting.[55] Aan het voeren van een wettelijk beschermde titel koppelt de BIG-wetgever de garantie dat een beroepsbeoefenaar voldoet aan het geldende systeem van opleidings- en kwaliteitseisen. Uit de titulatuur van een hulpverlener kan de burger afleiden of hij te maken heeft met een hulpverlener die in staat is tot een door de overheid gegarandeerde basiskwaliteit van individuele gezondheidszorg. Met dit gegeven kan de burger rekening houden bij zijn beslissing aan welke hulpverlener hij zijn zorgvraag wenst voor te leggen.

Binnen de regulering van beroepen in de individuele gezondheidszorg in hoofdstuk 2 (artikel 18 t/m 34) van de Wet BIG kunnen drie soorten beroepen worden onderscheiden: beroepen vallend onder het

55 Vgl. Cuperus-Bosma e.a. 2002, p. 25.

zware regime, beroepen vallend onder het lichte regime en beroepen die niet specifiek bij of krachtens de wet worden geregeld, maar via artikel 1 lid 1 wel onder het bereik van de wet vallen.

Het systeem van constitutieve registratie verwijst naar de registratie van artikel 3-beroepen in het BIG-register (het zware regime). Het constitutieve karakter van deze registratie houdt in dat opneming in dit register rechtsgevolgen heeft. Op basis van een succesvolle inschrijving in het BIG-register is een beroepsbeoefenaar gerechtigd om de hem toekomende wettelijk beschermde titel - een zogenoemde registertitel - te voeren. In geval van doorhaling van de inschrijving in het BIG-register (zie artikel 7) vervalt het recht om de beschermde titel te voeren.

Voor de zware beroepen opent de wettekst voorts de mogelijkheid tot inschrijving in een (specialisten)register en voorziet deze in een omschrijving van opleidingseisen en het desbetreffende deskundigheidsgebied. Verder worden enkele van deze beroepen expliciet genoemd in de regeling voorbehouden handelingen (artikel 35 t/m 38) en functionele zelfstandigheid (artikel 39) en zijn zij verplicht tot verantwoorde zorgverlening (artikel 40). Tenslotte vallen zij onder de reikwijdte van het tuchtrecht en de regeling maatregelen wegens ongeschiktheid. Als gevolg van doorhaling verliest betrokkene tevens de wettelijk vereiste hoedanigheid om het bewuste beroep te mogen uitoefenen en, voor zover van toepassing, de hiermee verbonden bevoegdheid tot het verrichten van (bepaalde) voorbehouden handelingen.

Verder kan de Minister een door een representatieve beroepsorganisatie bepleite specialistentitel ex artikel 14 t/m 17 van de wet erkennen. Daarvoor is vereist dat een beroepsorganisatie de specialistentitel wenst te hanteren en een bijbehorend register in stand houdt.

Er bestaan momenteel diverse organisaties gericht op specialismen binnen artikel 3-beroepen. Per 1 januari 2013 zijn de drie eerdere registratiecommissies voor specialismen binnen de geneeskunde (de Medisch Specialisten Registratie Commissie, MSRC, voor medisch specialisten; de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie, HVRC, voor huisartsen, verpleeghuisartsen en artsen voor verstandelijk gehandicapten; de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie, SGRC, voor sociaal geneeskundigen) samengevoegd tot de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Binnen de verpleegkunde beroepsgroep vervult het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) een vergelijkbare rol, voor de gezondheidszorgpsychologen is dat de Federatie voor Gezondheidszorgpsychologen (FGzP). De belangrijkste taken van dergelijke organen zijn het instellen van specialismen, het bewaken van de opleidingseisen voor specialistenopleidingen, het erkennen van en toezicht houden op deze opleidingen alsmede de (her)registratie van specialisten. Dit laatste wordt overigens beschouwd als een publiekrechtelijke taak van deze organen.

Op basis van de registratie in een specialistenregister ontstaat het recht tot het voeren van een specialistentitel. Daarbij geldt dat een registratie als specialist gekoppeld is aan de BIG-registratie. Schorsing of doorhaling in het BIG-register leidt ingevolge artikel 15 lid 6 van de wet automatisch tot schorsing of doorhaling van een inschrijving in een specialistenregister.

Op 1 januari 2009 is voor fysiotherapeuten, verpleegkundigen en verloskundigen de termijn voor herregistratie (zie artikel 8) ingegaan.[56] Voor de overige vijf artikel 3-beroepen startte die termijn op 1 januari 2012.[57] Om vijf jaar na de start van de betreffende termijn in aanmerking te komen voor herregistratie dienen de betrokken beroepsbeoefenaren te voldoen aan de geldende ervarings- en/of bijscholingseisen.

Voor artikel 34-beroepen geldt geen constitutief registratiesysteem. Zij verwerven het recht om de wettelijk beschermde titel te voeren op basis van het voltooien van een daarmee corresponderende opleiding. Deze titel - een zogenoemde opleidingstitel – dient evenzeer het belang van de publieksvoorlichting, maar heeft minder vergaande rechtsgevolgen. Ten aanzien van de lichte beroepen is geen van overheidswege beheerd register ingesteld en wordt met betrekking tot opleidingseisen en het deskundigheidsterrein slechts verwezen naar regulering via AMvB. Voor deze beroepen is de regeling voorbehouden handelingen minder actueel, maar geldt wel de plicht tot verantwoorde zorg. Het wettelijk tuchtrecht en de maatregelen wegens ongeschiktheid geldt voor hen niet. Sommige beroepsorganisaties van artikel 34-beroepen hanteren een kwaliteitsregister, soms zelfstandig, soms via het Kwaliteitsregister Paramedici. Deze registers zijn primair een particulier initiatief en beogen het lidmaatschap van een beroepsorganisatie te koppelen aan binnen die beroepsgroep te hanteren kwaliteitsmaatstaven. Op zichzelf zijn dergelijke registers toe te juichen, al verschaffen zij geen wettelijk recht op het voeren van een opleidingstitel, noch moeten zijn worden verward met de BIG-registratie.

Met betrekking tot de zogenoemde ‘3 noch 34-beroepen’ zijn bij of krachtens de wet geen bijzondere opleidingseisen geformuleerd of deskundigheidsgebieden omschreven. Dit wordt overgelaten aan deze beroepsgroepen zelf. Binnen deze beroepsgroepen stellen representatieve beroepsorganisaties veelal een beroepsprofiel en/of een beroepscode op, waarin de taken en bevoegdheden nader worden gespecificeerd en geldende verantwoordelijkheden worden benoemd. In wettelijke zin geldt voor deze ‘3 noch 34-beroepen‘ slechts dat zij onder het bereik van artikel 1 lid 1 en daarmee ook onder het bereik van de strafbepalingen (artikel 96 e.v.) van de wet vallen.

3.2.2 Registraties

Het BIG-register

In het BIG-register zijn op dit moment ruim 440.000 beroepsbeoefenaren geregistreerd. Het BIG-register is te raadplegen via de website (www.bigregister.nl) en daarnaast kunnen bij de helpdesk

56 Besluit van 24 november 2008, *Stb.* 2008, 515 en 556.

57 Besluit van 12 september 2011, *Stb.* 2011, 433.

telefonisch, schriftelijk en via de website vragen worden gesteld. Het BIG-register wordt beheerd door het CIBG[58]. Dit is een onderdeel van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Tabel 3.1: Aantal geregistreerde medische beroepsbeoefenaren, BIG-register in 2013

Beroep	Aantal geregistreerden
Apothekers	6.465
Artsen	76.891
Fysiotherapeuten	46.472
GZ-psychologen	15.218
Psychotherapeuten	6.614
Tandartsen	13.433
Verloskundigen	4.726
Verpleegkundigen	274.795
Totaal	*444.614*

Bron: CIBG, BIG-register

Er zijn verschillende manieren waarop kan worden gezocht in het BIG-register. Dit is mogelijk op BIG-nummer, op naam, op naam en specialisme, op naam en plaats, op naam en geboortedatum en op bevoegdheidsbeperkingen. Dit is een limitatieve opsomming van de zoekmogelijkheden binnen het BIG-register. De effectiefste manier om te zoeken in het register, is met het BIG-nummer. Een consument die alleen over een naam van een beroepsbeoefenaar beschikt, kan deze nauwelijks vinden in het register als deze arts een veel voorkomende naam heeft. Daarbij komt dat vrouwelijke gehuwde beroepsbeoefenaren geregistreerd worden op hun meisjesnaam. Verder zijn beroepsbeoefenaren niet verplicht het veld “werkadres” in te vullen.

Tabel 3.2: Klantcontacten BIG-register frontoffice 2011 en 2012

	2011	2012
Telefoon	28.555	25.393
Balie	736	799

Bron: CIBG: BIG-register frontoffice

Bij het frontoffice van het BIG-register kan men terecht voor vragen over registraties. Het grootste deel van de vragen wordt telefonisch gesteld.

58 De letters CIBG stonden oorspronkelijk voor Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg. Omdat de volledige naam de lading van de activiteiten van het CIBG niet meer dekt, wordt de lettercombinatie niet meer als afkorting gebruikt maar als naam. Zie ook www.cibg.nl

Tabel 3.3: Meest gestelde vragen 2011 en 2012 bij het BIG frontoffice

Categorie	2011	2012
Bevestiging inschrijving	12%	12%
Status	11%	8%
Procedure	10%	10%
Engelse verklaring	7%	7%
Registratienummer opvragen	6%	—
NAW Wijziging	6%	6%
Procedure herregistratie	—	7%

Bron: CIBG: BIG-register frontoffice

Het grootste deel van de vragen wordt gesteld door professionals in de zorg. Een groot deel gaat over de bevestiging van de inschrijving, de status van de BIG-registratie en de procedure. In 2012 is een toename te zien van het aantal vragen over de herregistratie.

Registraties van paramedici

Er is een Kwaliteitsregister Paramedici, waarin de meeste artikel 34 beroepsgroepen zijn geregistreerd. De beroepen apothekersassistent, klinisch fysicus, tandprotheticus en VIG'er zijn niet in het Kwaliteitsregister Paramedici opgenomen. De beroepsorganisaties van deze beroepen hanteren een eigen register en zijn nooit opgenomen geweest in het Kwaliteitsregister Paramedici. De mondhygiënisten hebben sinds 2008 een eigen kwaliteitsregister.[59] Het Kwaliteitsregister Paramedici kent een initiële registratie (op basis van het behaalde diploma) en een kwaliteitsregistratie die inhoudt dat iedere beroepsbeoefenaar zich eens in de vijf jaar moet herregistreren.

59 Daarnaast is de oude registratie bij de Stichting Kwaliteitregister Paramedici ook nog van kracht, mondhygiënisten moeten zichzelf uitschrijven bij dat register. In het overzicht is aangesloten bij de registratie van de NVM.

Tabel 3.4: Aantal geregistreerde paramedici, in 2013

Beroep	Basis-registratie	Kwaliteits-registratie
Huidtherapeuten	760	577
Oefentherapeuten Cecar	1.460	919
Orthopthisten	483	251
Ergotherapeuten	4.911	2.357
Diëtisten	4.717	2.971
Podotherapeuten	775	465
Optometristen	835	334
Oefentherapeuten Mensendieck	1.154	657
Logopedisten	7.493	4.196
Medisch Beeldvormings- en Bestralingsdeskundigen	5.301	1.113
Mondhygiënisten	± 4.000	1.280
Apothekersassistenten	-	5.606
Klinisch fysici	-	343
Tandprothetici	-	538
Totaal	31.529	

Bron: Stichting Kwaliteitsregister Paramedici[60], eigen kwaliteitsregistraties van apothekersassistent, klinisch fysicius en tandprotheticus

Andere registraties

Naast het BIG-register en de registers voor paramedici zijn er op het gebied van de gezondheidszorg verschillende andere (kwaliteits)registraties.

- Kwaliteitsregistraties van beroepsorganisaties voor beroepen die op basis van artikel 3 in de Wet BIG geregistreerd staan (bijvoorbeeld Kwaliteitsregister Tandartsen en het Kwaliteitsregister voor Psychotherapeuten).
- Specialistenregisters voor de artikel 14 specialisten.
- Specialistenregisters van privaatrechtelijk beschermde specialistentitels via het Benelux Merkenbureau (profielartsen van de KNMG en de titels ‘Registerpsycholoog NIP’ en ‘Registerpsycholoog Specialist NIP’ die door het NIP zijn gedeponeerd).
- Specialistenregisters voor beroepsgroepen die geen artikel 14 specialisatie zijn (zoals de registratie van de openbare apotheker en de kwaliteitsregistratie voor de Spoedeisende Hulp verpleegkundige).
- Kwaliteitsregistraties van beroepen die niet in de Wet BIG (artikel 3, 14 of 34) zijn opgenomen (bijvoorbeeld het Kwaliteitsregister van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen, het Kwaliteitsregister Doktersassistenten, het Kwaliteitsregister voor de operatieassistent en de openbare ledenadministratie van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur).

60 Kwaliteitsregister Paramedici, www.kwaliteitsregisterparamedici.nl, website geraadpleegd op 9 augustus 2013.

- Algemeen GegevensBeheer Zorgverleners (AGB-code): Een uniforme registratie van gegevens van zorgaanbieder voor zorgverzekeraars.
- KiesBeter.nl. Deze website wordt gemaakt door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in opdracht van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). KiesBeter.nl maakt vanaf 2014 deel uit van Zorginstituut Nederland, een organisatie die zorgpartijen helpt om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.
- Het Unieke beroepsbeoefenaar Identificatie Register (UZI-register): deze registratie maakt de unieke identificatie van zorgaanbieders (en indicatieorganen) in het elektronisch verkeer mogelijk. Elke beroepsbeoefenaar ontvangt een UZI-pas dat dient als een elektronisch paspoort. Het UZI-register is onderdeel van het CIBG.
- Het Diplomaregister van de Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO): Alle diploma's die na 1996 zijn afgegeven zijn in dit register opgenomen, waaronder ook alle diploma's van beroepsbeoefenaren.
- Het Handelsregister: Elke zelfstandig beroepsbeoefenaar moet zich inschrijven in dit register.

3.3 Gebruik van de BIG-registratie in de praktijk

In deze paragraaf worden de bevindingen uit het vragenlijstenonderzoek gepresenteerd die betrekking hebben op het gebruik van de BIG-registratie in de praktijk door beroepsbeoefenaren, zorginstellingen en consumenten.

3.3.1 Gebruik door beroepsbeoefenaren

Beroepsbeoefenaren gebruiken het BIG-nummer nauwelijks in de communicatie naar patiënten, collega's en andere partijen, zie onderstaande tabel.

Tabel 3.5: Gebruik BIG-nummer door beroepsgroepen

	A	HK	HA	GY	VK	VPS	VP	TA	GZ
	N=227	N=171	N=145	N=190	N=241	N=257	N=1288	N=267	N=307
Ik maak in het geheel geen gebruik van mijn BIG-nummer in communicatie naar patiënten, collega`s en andere partijen.	90%	97%	92%	96%	80%	89%	96%	64%	58%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Tandartsen en GZ-psychologen maken in hun communicatie meer gebruik van het BIG-nummer dan andere beroepsbeoefenaren. Zij vermelden het BIG-nummer op de website van hun praktijk (respectievelijk 62% en 34%) en vermelden het nummer ook op recept-, briefpapier en/of op visitekaartjes (38% van de GZ-psychologen). Alle groepen beroepsbeoefenaren gebruiken het BIG-nummer in het kader van scholing en accreditatie. De reacties van de beroepsorganisaties bevestigen dit.

GZ-psychologen gebruiken het BIG-nummer om hun kwalificatie aan te tonen (85%). Tandartsen en GZ psychologen gebruiken het BIG-nummer ook om het voor patiënten, collega`s en andere partijen

mogelijk te maken hen op te zoeken in het BIG-register. Patiënten blijken op hun beurt nauwelijks naar de BIG-registratie te vragen. Ter illustratie: 5% van de verloskundigen, 3% van de tandartsen en 8% van de de GZ-psychologen geven aan dat patiënten vragen naar de BIG-registratie.

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de redenen die beroepsbeoefenaren hebben om *geen* gebruik te maken van hun BIG-registratie.

Tabel 3.6: Reden geen gebruik registratie

meerdere antwoorden mogelijk	A N=199	HK N=164	HA N=128	GY N=180	VK N=185	VPS N=220	VP N=1191	TA N=165	GZ N=169
Daar heb ik nooit aan gedacht.	53%	62%	63%	64%	65%	54%	36%	52%	44%
Dat is niet relevant.	28%	24%	19%	18%	16%	13%	36%	18%	24%
Is niet nodig, want het register is al openbaar.	32%	33%	35%	38%	34%	41%	24%	38%	35%
Patiënten vragen mij er nooit naar.	30%	37%	30%	27%	28%	30%	32%	33%	31%
Anders.	6%	3%	2%	3%	2%	3%	7%	2%	9%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Beroepsbeoefenaren maken geen gebruik van hun BIG-nummer, omdat ze daar nooit aan hebben gedacht (36%-65%) en omdat patiënten er nooit naar vragen (27%-37%). Ook geven zij aan dat het register al openbaar is (24%-41%).

Het BIG-register is niet alleen ingesteld om patiënten in de gelegenheid te stellen de kwalificatie van een beroepsbeoefenaar te controleren. In het BIG-register kunnen beroepsbeoefenaren ook nagaan of beroepsbeoefenaren waar zij mee samenwerken BIG-geregistreerd zijn.

Tabel 3.7: Gebruik BIG-registratie en vragen hierover

meerdere antwoorden mogelijk	A N=264	HK N=194	HA N=186	GY N=227	VK N=301	VPS N=334	VP N=1483	TA N=285	GZ N=267
Ik controleer soms de BIG registratie van andere beroepsbeoefenaren.	8%	7%	16%	11%	18%	18%	9%	30%	22%
Collega's/zorgketenpartners vragen naar mijn BIG registratienummer.	18%	14%	40%	22%	40%	22%	10%	23%	32%
Anderen bijvoorbeeld de inspectie vragen naar mijn BIG registratienummer.	26%	48%	49%	47%	43%	43%	17%	43%	27%
Bij een sollicitatie moet ik mijn BIG registratie aantonen.	71%	50%	24%	54%	38%	55%	63%	21%	39%
Geen van de vier bovenstaande antwoorden geselecteerd.	14%	15%	12%	12%	7%	11%	18%	15%	17%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Van de tandartsen controleert 30% de registratie van andere beroepsbeoefenaren en 22% van de GZ-psychologen doet dat. Van de andere groepen controleert minder dan 20% de registratie van andere beroepsbeoefenaren. Huisartsen en verloskundigen krijgen van andere beroepsbeoefenaren vaker vragen over hun BIG-registratie dan de andere beroepsgroepen. Ook de mondhygiënisten en de klinisch fysici controleren zelden of nooit de registratie van een arts of tandarts (72% en 88%) .

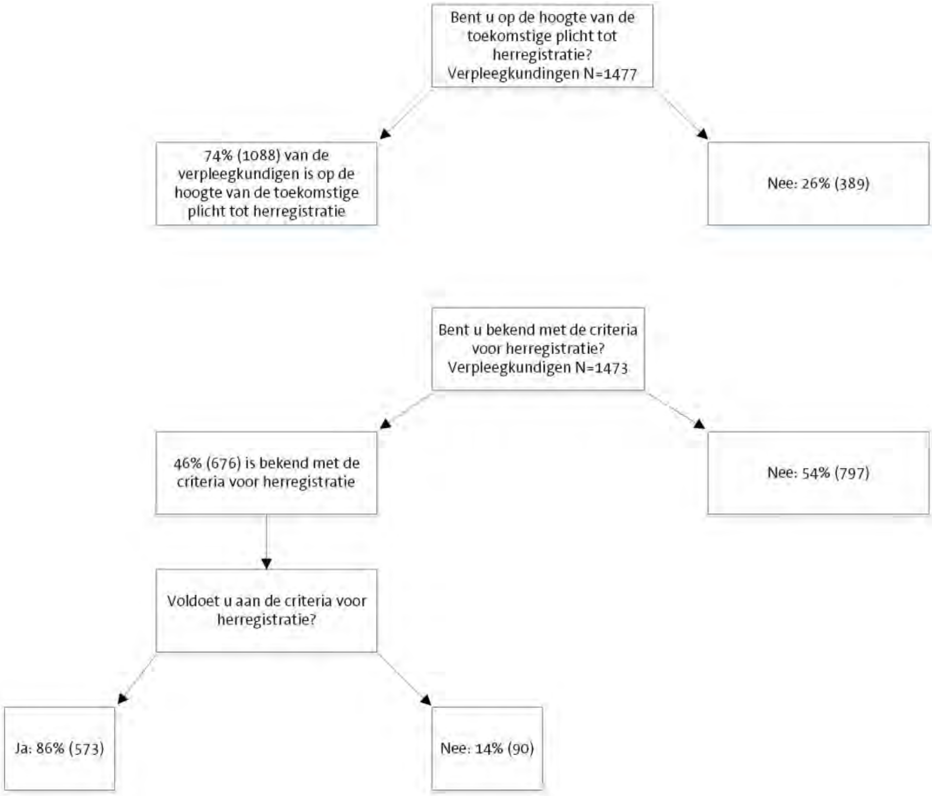
Er is een verband tussen de manier waarop beroepsbeoefenaren werkzaam zijn en de mate waarin gevraagd wordt naar hun BIG-registratienummer. Beroepsbeoefenaren die niet in loondienst zijn, worden vaker naar hun BIG-registratie gevraagd door collega's en zorgketenpartners dan in loondienst werkende beroepsbeoefenaren.

Het BIG-nummer wordt frequent gebruikt bij sollicitaties. Beroepsbeoefenaren (38%-71%) moesten de registratie aantonen bij een sollicitatie. Van de beroepsbeoefenaren die in loondienst zijn, blijkt dat bijna iedereen het BIG-nummer moest overleggen tijdens de sollicitatie. De uitkomsten van de instellingen (zie paragraaf 3.3.2) bevestigen dit beeld. Het percentage tandartsen en huisartsen dat bij een sollicitatie de BIG-registratie moest aantonen, ligt lager. Dit kan verklaard worden door het feit dat zij vaker dan andere beroepsbeoefenaren een eigen praktijk hebben en daarom niet hoefden te solliciteren.

In 2014 moeten verpleegkundigen zich herregistreren. Meer dan een kwart van de verpleegkundigen (26%) is niet op de hoogte van de plicht tot herregistratie. Verpleegkundigen die wel op de hoogte zijn, zijn via een brief van het BIG-register geïnformeerd (50%), via de beroepsvereniging (7%) en/of via een vaktijdschrift (bijna 20%).

Een minderheid van de verpleegkundigen (46%) is op de hoogte van de criteria voor herregistratie. Van de verpleegkundigen die op de hoogte zijn van de criteria voor herregistratie denkt 86% te kunnen voldoen aan de criteria. Over het nut van herregistratie zijn de verpleegkundigen positief. Van hen is 77% van mening dat herregistratie nodig is om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen. Herregistratie brengt volgens 47% van de verpleegkundigen extra bureaucratie in de zorg met zich mee.

Figuur 3.1 Kennis verpleegkundigen van (de criteria voor) herregistratie



Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

3.3.2 Gebruik door zorginstellingen

De meerderheid van de instellingen (50% tot 81%) heeft een functionaris of commissie die zich bezig houdt met aan de Wet BIG gerelateerde zaken.

Tabel 3.8: Beschikt uw instelling over een functionaris/commissie die zich bezig houdt met aan de Wet BIG gerelateerde zaken?

	ZK N=58	VPH N=48	PK N=32	GGZ N=51	GGD N=15	TZ N=43	IVB N=40
Ja, mijn instelling beschikt over een functionaris/commissie die zich bezig houdt met aan de Wet BIG gerelateerde zaken.	78%	81%	50%	69%	53%	74%	75%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

Deze functionaris of commissie gaat onder andere (periodiek) na of nieuwe beroepsbeoefenaren BIG-geregistreerd zijn en of de BIG-registratie nog actueel is. Daarnaast stelt de BIG-

functionaris/commissie de bevoegdheidsregeling/het protocol op met betrekking tot voorbehouden handelingen en risicovolle handelingen. Ook heeft deze functionaris of commissie tot taak de Raad van Bestuur en/of de directie te adviseren over Wet BIG aangelegenheden.

Tabel 3.9: Op welke wijze maakt uw instelling gebruik van de mogelijkheden van het BIG-register?

meerdere antwoorden mogelijk	ZK N=53	VPH N=35	PK N=27	GGZ N=44	TZ N=37	IVB N=34
Wij maken in het geheel geen gebruik van het BIG-register.	4%	3%	0%	5%	3%	12%
Wij registreren de BIG-nummers van onze werknemers.	81%	63%	85%	70%	62%	47%
Wij raadplegen het BIG-register online.	79%	69%	63%	82%	65%	59%
Wij vragen werknemers naar het bewijs van inschrijving.	92%	71%	70%	82%	84%	56%
Wij nemen telefonisch contact op met het BIG-register.	23%	11%	0%	7%	5%	3%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

Slechts een zeer klein deel van de instellingen (0%-5%) maakt in het geheel geen gebruik van het BIG-register. Bij de instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking ligt dit percentage iets hoger, namelijk 12%.

Instellingen registreren de BIG-nummers van hun medewerkers (47% tot 85%) en raadplegen het register online (57% tot 82%). Een grote meerderheid van de instellingen vraagt werknemers om het bewijs van inschrijving.[61]

Instellingen nemen nauwelijks telefonisch contact op met het BIG-register. Particuliere klinieken maken van deze mogelijkheid in het geheel geen gebruik.

Nieuwe werknemers artikel 3 beroepsbeoefenaren

In de meeste gevallen gaan instellingen na of een nieuwe werknemer (behorende tot een artikel 3-beroepsgroep) staat ingeschreven in het BIG-register.

Tabel 3.10: Op welke manier gaat uw instelling na of en hoe nieuwe artikel 3-beroepsbeoefenaren zijn ingeschreven in het BIG-register?

	ZK N=26	VPH N=17	PK N=15	GGZ N=24	TZ N=23	IVB N=17
In het geheel niet.	4%	0%	0%	0%	4%	6%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

61 Op de website van het BIG-register wordt aangegeven dat het CIBG, in het streven naar een volledig digitale overheid (in 2016), werkgevers wil stimuleren zelf het BIG-register te raadplegen en geen bewijs van inschrijving meer te vragen van werknemers. Dit zou een behoorlijke verandering van de praktijk vergen aangezien een grote meerderheid van de instelling nog vraagt naar het bewijs van inschrijving.

De overgrote meerderheid van de instellingen vraagt nieuwe beroepsbeoefenaren om een bewijs van inschrijving (82% tot 100%). Instellingen controleren de registratie voor nieuwe beroepsbeoefenaren vaker dan ten tijde van de eerste evaluatie. Destijds varieerde dat van 7% tot 31% van de instellingen, nu wordt het door 46% tot 89% gecontroleerd. Ook de controle bij twijfel of onduidelijkheid is fors toegenomen sinds de evaluatie in 2002. Destijds deed 9% tot 31% van de instellingen dat en nu 75% tot 87% van de instellingen.

Reeds werkzame artikel 3-beroepsbeoefenaren

Tijdens de eerste evaluatie bleek dat 23% tot 58% van de instellingen in het geheel niet nagaat of de BIG-registratie van de reeds werkzame beroepsbeoefenaren is gewijzigd. Dat percentage is zeer fors gedaald, zoals blijkt uit de onderstaande tabel. In 2013 geven alle verpleeghuizen en 97% van de ziekenhuizen aan op enigerlei wijze de inschrijfstatus van reeds werkzame artikel 3-beroepsbeoefenaren te controleren. Van de particuliere klinieken en de instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking geeft respectievelijk 18% en 22% aan de registratie van de reeds werkzame beroepsbeoefenaren in het geheel niet te controleren. Tevens is in de onderstaande tabel opgenomen op welke wijze instellingen de inschrijfstatus van al werkzame artikel 3 beroepsbeoefenaren controleren.

Tabel 3.11: Op welke manier gaat uw instelling na of en hoe de inschrijfstatus van al werkzame artikel 3-beroepsbeoefenaren is gewijzigd in het BIG-register?

	ZK N=30	VPH N=21	PK N=17	GGZ N=26	TZ N=17	IVB N=23
In het geheel niet.	3%	0%	18%	8%	12%	22%
% ja	N=36-46	N=26-32	N=20-23	N=31-36	N=17-27	N=20-24
Periodiek wordt dit van alle beroepsbeoefenaren nagegaan.	50%	28%	70%	56%	44%	33%
Periodiek wordt voor elke medisch specialist nagegaan of deze een herregistratie heeft verkregen.	67%	43%	68%	42%	28%	29%
Periodiek wordt dit van een steekproef van beroepsbeoefenaren nagegaan.	19%	23%	17%	21%	24%	18%
Bij twijfel of klachten over een beroepsbeoefenaar wordt dit nagegaan.	83%	80%	50%	75%	76%	78%
Indien de zorgverzekeraar hiernaar informeert in het kader van een te sluiten overeenkomst met een beroepsbeoefenaar wordt dit nagegaan.	41%	64%	62%	45%	47%	50%
Voor elke buitenlandse beroepsbeoefenaar wordt nagegaan of deze (on)geclausuleerd is ingeschreven.	80%	70%	52%	56%	47%	25%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

Instellingen gaan meer dan in de eerste evaluatie na of de inschrijving is gewijzigd. In 2002 deed 14% van de particuliere klinieken dit en nu doet 70% dat. Onder ziekenhuizen is het percentage dat de inschrijving controleert toegenomen van 4% in 2002 tot 67% in 2013. Bij twijfel of klachten over een

bepaalde beroepsbeoefenaar controleert een meerderheid (50%-83%) van de instellingen de inschrijfstatus van de beroepsbeoefenaar is (was in 2002 12%-38%).

In het BIG-register kan door een ieder worden nagegaan aan welke beroepsbeoefenaren een maatregel of bevel is opgelegd op grond van de Wet BIG. Een deel van de instellingen geeft aan dat dit in het geheel niet wordt nagegaan; het gaat om 11% tot 25% van de instellingen. De ziekenhuizen en verpleeghuizen controleren dit in vrijwel alle gevallen op enige wijze, 3% van de ziekenhuizen en 0% van de verpleeghuizen geeft aan dit nooit te controleren. In de onderstaande tabel is van de zorginstellingen die op enige wijze controleren aangegeven op welke wijze zij nagaan of een beroepsbeoefenaar een maatregel dan wel een bevel opgelegd heeft gekregen.

Tabel 3.12: Op welke manier gaat uw instelling na of een artikel 3 beroepsbeoefenaar is doorgehaald, een maatregel opgelegd heeft gekregen door een tuchtcollege en/of bevoegdheids-beperkende bevelen opgelegd heeft gekregen door de IGZ?

% ja	ZK	VPH	PK	GGZ	TZ	IVB
	N=34-49	N=24-30	N=15-21	N=29-39	N=17-26	N=22-28
Dit wordt nagegaan voor alle nieuwe werknemers.	78%	73%	71%	69%	77%	31%
Steekproefsgewijs voor nieuwe werknemers.	3%	8%	0%	7%	21%	9%
Periodiek voor alle al werkzame werknemers.	39%	15%	35%	26%	28%	9%
Steekproefsgewijs voor al werkzame werknemers.	6%	12%	7%	12%	12%	0%
Wanneer daar een concrete aanleiding toe bestaat.	91%	93%	85%	80%	83%	71%
Incidenteel.	26%	33%	27%	21%	44%	33%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

Door 69% tot 78% van de zorginstellingen die wel controleren of een maatregel is opgelegd, wordt dit gecontroleerd voor alle nieuwe werknemers. De instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking vormen hier een uitzondering op, met 31%. Met name als daar een concrete aanleiding voor is, controleren de meeste instellingen of een reeds werkzame beroepsbeoefenaar een maatregel opgelegd heeft gekregen.

De controle op de artikel 34-beroepen is beperkter dan de controle op de artikel 3-beroepsgroepen, dit is opgenomen in de onderstaande tabel.

Tabel 3.13: Gaat uw instelling na of een artikel 34-beroepsbeoefenaar zijn titel terecht gebruikt?

meerdere antwoorden mogelijk	ZK	VPH	PK	GGZ	TZ	IVB
	N=41	N=34	N=18	N=20	N=24	N=30
Ja, voor nieuwe werknemers	63%	88%	94%	50%	75%	67%
Ja, voor bestaande werknemers	5%	15%	39%	25%	29%	20%
Nee	17%	9%	0%	15%	21%	20%
Weet niet	20%	6%	6%	35%	4%	7%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

Verpleeghuizen en particuliere klinieken controleren meer dan de andere instellingen of een artikel 34-beroepsbeoefenaar zijn titel terecht gebruikt (respectievelijk 94% en 88%). Na de initiële controle gaat 5% van de ziekenhuizen na of een reeds werkzame beroepsbeoefenaar zijn titel terecht gebruikt. Dat heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat een artikel 34-beroepsbeoefenaar na het voltooien van zijn opleiding te allen tijde zijn titel mag voeren. Inschrijving in een register is geen voorwaarde voor het gebruik van de titel. Particuliere klinieken controleren echter ook voor bestaande werknemers (39%) of zij staan ingeschreven in een kwaliteitsregister.

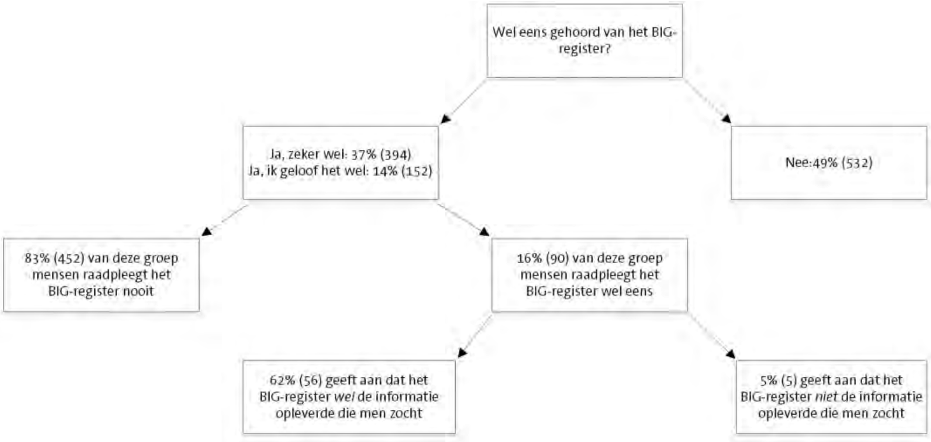
Herregistratie

Van de instellingen geeft 67% tot 85% aan bij herregistratie betrokken te zijn, onder de particuliere klinieken is dit 24%. Instellingen informeren medewerkers over de eisen van herregistratie en geven een werkgeversverklaring af ten behoeve van herregistratie.

3.3.3 Gebruik door consumenten

Een van de doelstellingen van de Wet BIG is keuzevrijheid voor consumenten creeëren. Het onderstaande stroomschema toont in hoeverre consumenten het BIG-register kennen, het register raadplegen en als ze het raadplegen met welke reden ze dat doen.

Figuur 3.2: Kennis en gebruik van het BIG-register onder consumenten



Redenen om het BIG-register te raadplegen *(meerdere antwoorden mogelijk)* (N=90)		
Om me te helpen bij de keuze voor een zorgverlener	17%	(15)
Uit nieuwsgierigheid	23%	(21)
Om te zien of mijn zorgverlener in het BIG-register staat	29%	(36)
Beroepsmatig	36%	(32)
Om te zien of aan mijn zorgverlener een tuchtmaatregel is opgelegd	12%	(11)
Kijken of ikzelf of een familielid geregistreerd staat*	8%	(8)
Weet niet meer	7%	(6)
Anders	2%	(2)

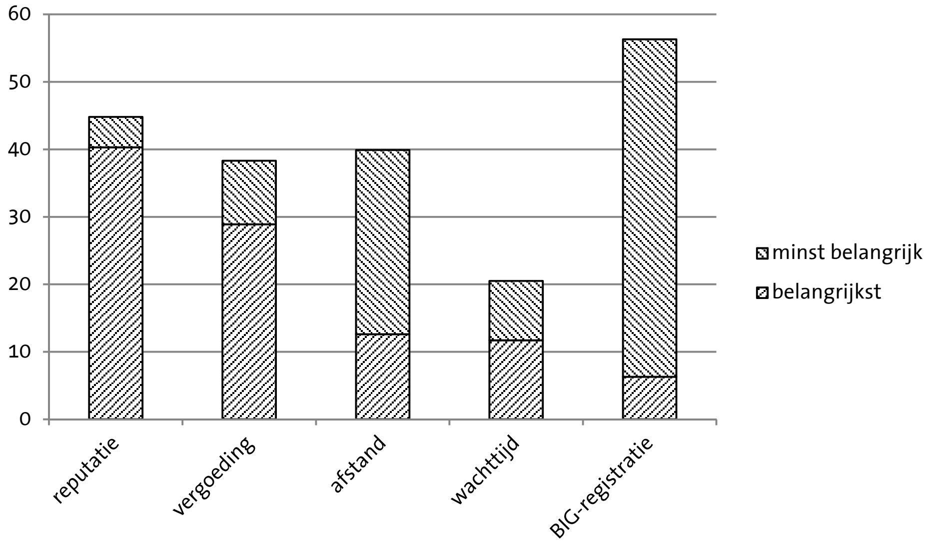
* Geclusterd uit antwoordcategorie 'anders'

Bron: enquête consumenten Pro Facto/Ruigrok|Netpanel

De helft van de consumenten heeft wel eens gehoord van het bestaan van het BIG-register. Hoger opgeleiden zijn beter op de hoogte van het bestaan van het BIG-register dan lager opgeleiden. Ruim eenderde van de respondenten die het BIG-register raadpleegt heeft dit beroepsmatig gedaan. Slechts 8% van de consumenten raadpleegt het BIG-register bij de keuze voor een beroepsbeoefenaar.

Er zijn verschillende overwegingen die een rol kunnen spelen bij de keuze van een zorgconsument voor een beroepsbeoefenaar. Aan de consumenten is een vijftal overwegingen voorgelegd waarbij de volgorde van belangrijkheid kon worden aangegeven. Dit is opgenomen in de onderstaande figuur.

Figuur 3.3: Welke overwegingen spelen een rol bij de keuze voor een beroepsbeoefenaar?



Bron: enquête consumenten Pro Facto/Ruigrok|Netpanel

Of de beroepsbeoefenaar een BIG-registratie heeft blijkt hierbij de minst belangrijke overweging; de respondenten (50%) plaatsen deze reden vaak op de vijfde plek. Consumenten die gemiddeld meer gebruik maken van zorg vinden de BIG-registratie belangrijker bij de keuze van een beroepsbeoefenaar dan respondenten die minder gebruik maken van zorg.

De belangrijkste aspecten bij de keuze van een beroepsbeoefenaar blijken reputatie en vergoeding. Wachttijd wordt door consumenten het meest genoemd als tweede overweging. Het BIG-register bevat geen informatie over de door consumenten als belangrijk ervaren aspecten; reputatie, vergoeding en wachttijd zijn daar niet in opgenomen. Aangezien beroepsbeoefenaren niet verplicht zijn hun werkadres op te nemen en actueel te houden, bevat het BIG-register in beginsel ook geen informatie over het aspect afstand.

De kennis over de op basis van de Wet BIG beschermde beroepen is beperkt bij consumenten.

Tabel 3.14: Welke van de volgende beroepen hebben volgens jou een wettelijk beschermde titel volgens de Wet BIG?

% correct antwoord	Consumenten N=1078
Wel beschermd	
Mondhygiënist	34% (27%)
Diëtist	25% (31%)
Huidtherapeut	36%
Psychotherapeut	62%
Niet beschermd	
Homeopathisch genezer	55%
Opticien	37% (25%)

NB: de getallen tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer.

Bron: enquête consumenten Pro Facto/Ruigrok|Netpanel en enquête consumenten EMGO/eerste evaluatie

Eenderde van de consumenten heeft 'weet niet' geantwoord op de vraag of een specifieke titel beschermd is. Als daar de onjuiste antwoorden bij worden opgeteld, weet 64% tot 75% niet dat de titels diëtist, mondhygiënist en huidtherapeut, beschermd zijn. De kennis over het artikel 3 beroep, psychotherapeut, is beter; 38% van de consumenten weet niet dat deze titel beschermd is.[62]

3.3.4 Gebruik door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars werken met BIG-geregistreerde (tand)artsen, apothekers en paramedici bij de uitvoering van hun wettelijke taken. Deze medewerkers hebben voor de uitoefening van hun taken toegang nodig tot individuele patiëntgegevens. Hieronder volgen enkele werkzaamheden die de medisch adviseurs van zorgverzekeraars uitvoeren:

- Beoordelen van individuele machtigingsaanvragen bijvoorbeeld bij plastische chirurgie. Dit gebeurt op basis van medische informatie van een medisch specialist, zo nodig aangevuld met spreekuurbeoordeling door een arts werkzaam bij een zorgverzekeraar;
- Het uitvoeren van dossieronderzoek in het kader van materiële controle op rechtmatigheid, doelmatigheid en gepast gebruik op declaraties. In dat kader vindt inzage in het medisch dossier plaats door een arts werkzaam bij een zorgverzekeraar;
- Het adviseren van verzekerden over voorkeursaanbieders en andere keuze-informatie voor verzekerden;
- Individuele klachtenbehandeling over zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars maken gebruik van het BIG-register op het moment dat een contract wordt gesloten met een individueel werkende beroepsbeoefenaar. Zij controleren of een beroepsbeoefenaar

62 Als wordt gekeken naar de verdeling per geslacht valt op dat vrouwen vaker juist antwoorden met betrekking tot de diëtist.

staat ingeschreven, maar toetsen ook aan andere kwaliteitsaspecten die niet in de Wet BIG zijn opgenomen, voordat ze een contract aangaan.

3.4 Opvattingen

Deze paragraaf bevat de resultaten over de opvattingen en verwachtingen van beroepsbeoefenaren, zorginstellingen, consumenten en zorgverzekeraars ten aanzien van registratie en titelbescherming en de ontwikkeling van die opvattingen en verwachtingen sinds de eerste evaluatie.

3.4.1 Opvattingen beroepsbeoefenaren

Uit paragraaf 3.3.3 blijkt dat consumenten bij de keuze van een beroepsbeoefenaar nauwelijks gebruik maken van het BIG-register. De onderstaande tabel geeft een overzicht van de stellingen die aan beroepsbeoefenaren zijn voorgelegd over de functie en het gebruik van de BIG-registratie.

Tabel 3.15: Stellingen over de BIG-registratie

% eens	A N=257	HK N=189	HA N=183	GY N=225	VK N=299	VPS N=329	VP N=1422	TA N=282	GZ N=360	MH N=239	KF N=205
Dankzij de Wet BIG kunnen patiënten een betere keuze ten aanzien van beroepsbeoefenaren maken.	21%	13%	20%	11%	29%	27%	34%	28%	69%	43%	39%
Beroepsbeoefenaren dienen op hun recept- en briefpapier hun BIG-registratienummer te vermelden.	33%	17%	13%	13%	25%	38%	36%	24%	44%	55%	51%
Beroepsbeoefenaren met een beschermde titel zouden een herkenningsteken bijv. een speld of badge moeten dragen.	21%	25%	5% (23%)	20% (7%)	13%	35%	36% (29%)	24% (20%)	44% (34%)	55% (49%)	51%

NB: de getallen tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer.

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto, enquête beroepsgroepen EMGO/eerste evaluatie

Beroepsbeoefenaren zijn van mening dat de Wet BIG patiënten ook niet helpt een betere keuze voor een beroepsbeoefenaar te maken (van de huisartsen vindt 11% dat en van de gynaecologen 13%). Alleen de GZ-psychologen (69%) menen in meerderheid dat patiënten een betere keuze kunnen maken dankzij de Wet BIG.

Uit de paragraaf over de inzet in de praktijk blijkt dat slechts een klein percentage beroepsbeoefenaren communiceert over het BIG-nummer en/of een speld of badge draagt. Uit de bovenstaande gegevens blijkt dat beroepsbeoefenaren niet van plan zijn om dat te veranderen. De GZ-psychologen en de verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten zijn vaker dan de andere beroepsbeoefenaren wel voor. Van de niet-BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren vindt meer dan de helft dat beroepsbeoefenaren op briefpapier moeten communiceren over hun BIG-registratie dan wel een speld of badge moeten dragen.

Tabel 3.16: Stelling over maatschappelijke ontwikkelingen

% eens	A N=227	HK N=161	HA N=161	GY N=203	VK N=267	VPS N=299	VP N=1246	TA N=254	GZ N=345	MH N=201	KF N=161
De keuzevrijheid van patiënten is beperkt door de gemaakte afspraken van zorgverzekeraars over vergoedingen in de zorg.	69%	82%	79%	80%	76%	78%	83%	84%	85%	82%	82%
Patiënten zijn kritischer op de zorg die zij aangeboden krijgen dan een aantal jaren geleden.	89%	83%	89%	92%	96%	94%	94%	90%	80%	92%	91%
De opkomst van internet waar patiënten informatie kunnen verzamelen, heeft een grote invloed op het maken van een keuze voor een beroepsbeoefenaar.	69%	52%	53%	64%	83%	78%	85%	68%	72%	80%	70%
De reputatie van de instelling/het ziekenhuis is belangrijker voor de patiënt dan de reputatie van een individuele beroepsbeoefenaar.	56%	52%	53%	61%	62%	57%	62%	39%	55%	51%	63%
De BIG-registratie is belangrijk omdat er steeds meer buitenlands gediplomeerden in Nederland werkzaam zijn.	64%	67%	20%	71%	71%	55%	62%	84%	46%	—	—
Lidmaatschap van een beroepsvereniging is een belangrijker kwaliteitskeurmerk dan inschrijving in het BIG-register.	22%	36%	—	34%	17%	12%	19%	19%	16%	—	—

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

De beroepsbeoefenaren zijn het in meerderheid eens met de meeste stellingen in de bovenstaande tabel. De respondenten vinden dat patiënten kritischer zijn, dat internet een grote invloed heeft op de keuze voor een beroepsbeoefenaar en dat de keuzevrijheid van patiënten beperkt is door de afspraken die zorgverzekeraars gemaakt hebben (zie hiervoor ook paragraaf 2.3.1). Ruim de helft van alle respondenten (variërend van 46% van de GZ-psychologen tot 84% van de tandartsen) vindt dat de BIG-registratie belangrijk is, omdat er steeds meer buitenlands geregistreerden in Nederland werkzaam zijn. Huisartsen vormen hier een uitzondering: zij zijn het deels oneens met deze stelling (45%). Slechts een klein gedeelte (12% tot 36%) van de beroepsbeoefenaren vindt dat het lidmaatschap van een beroepsvereniging een belangrijker keurmerk is dan inschrijving in het BIG-register.

Ten slotte is in de open velden van de enquêtes door respondenten kritiek geuit op de veelheid aan kwaliteitskeurmerken en registers van beroepsgroepen. Zij geven aan dat de BIG-registratie voldoende zou moeten zijn, omdat deze door een onafhankelijk instantie wordt uitgevoerd (in

tegenstelling tot de kwaliteitsregistraties, die door de beroepsorganisaties zelf uitgevoerd worden). Er zijn ook beroepsorganisaties die deze mening zijn toegedaan. Andere beroepsorganisaties houden juist een eigen kwaliteitsregister in stand of zijn bezig met de vorming daarvan.

3.4.2 Opvattingen zorginstellingen

Over het gebruik en de informatie in het BIG-register zijn de instellingen over het algemeen positief. In de onderstaande tabel is hierover een aantal stellingen opgenomen.

Tabel 3.17: In hoeverre is uw instelling het eens met de onderstaande stellingen?

% eens	ZK N=49	VPH N=33	PK N=25	GGZ N=39	TZ N=30	IVB N=31
Het verkrijgen van informatie uit het BIG-register is eenvoudig.	85%	78%	85%	78%	73%	69%
De informatie die het BIG-register verschaft over beroepsbeoefenaren is voldoende.	67%	70%	69%	66%	70%	69%
Het nagaan van wijzigingen van de BIG-registratie van beroepsbeoefenaren is tijdrovend voor de instelling.	57%	39%	26%	50%	41%	35%
Het BIG-register bevat voor de instelling te beperkte informatie over de beroepsbeoefenaren.	41%	18%	15%	35%	16%	28%
Het feit dat niet alle paramedische beroepen worden geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici brengt onduidelijkheid met zich mee voor de instelling.	55%	42%	52%	31%	37%	38%
Beroepsbeoefenaren dienen hun BIG-nummer op hun recept- en briefpapier te vermelden.	35%	29%	27%	20%	37%	31%
Beroepsbeoefenaren met een beschermde titel dienen een herkenningsteken (bv. speld of badge) te dragen.	22%	18%	15%	5%	38%	16%
Het behoort tot de taak van de instelling om te controleren dat BIG-geregistreerden hun registratie op orde hebben.	84%	68%	73%	71%	73%	47%
Beroepsbeoefenaren dienen hun BIG-nummer op hun recept- en briefpapier te vermelden.	35%	29%	27%	20%	37%	31%
Beroepsbeoefenaren met een beschermde titel dienen een herkenningsteken (bv. speld of badge) te dragen.	22%	18%	15%	5%	38%	16%
Het BIG-register bevat voor de instelling te beperkte informatie over de beroepsbeoefenaren.	84%	68%	73%	71%	73%	47%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

Tussen de 69% en 86% vindt het eenvoudig om informatie uit het BIG-register te verkrijgen. Dit betekent dat in ieder geval een deel van de instellingen het niet eenvoudig vindt om de informatie te verkrijgen. Daarnaast vindt 61% tot 66% dat de informatie in het BIG-register ook voldoende is. Bij ziekenhuizen en instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg ligt het percentage dat van mening

is dat het BIG-register te beperkte informatie over de beroepsbeoefenaren bevat hoger dan bij de andere instellingen.

De mening van instellingen over de communicatie over het BIG-nummer wijkt niet wezenlijk af van de mening van de beroepsbeoefenaren. Van de instellingen vindt 20% tot 37% dat beroepsbeoefenaren hun BIG-nummer moeten vermelden op briefpapier. Bij de beroepsbeoefenaren varieert dit van 17% tot 44%.[63] Over het dragen van een herkenningsteken zijn de zorginstellingen positiever dan de beroepsbeoefenaren. Bij de instellingen is 31% tot 68% daar voor en bij de beroepsbeoefenaren varieert dat van 5% bij de huisartsen tot 44% bij de GZ-psychologen. Als instellingen het dragen van een naamplaatje zouden willen doorvoeren, zou dat een forse verandering in de praktijk betekenen, aangezien slechts een zeer klein percentage bij drie beroepsgroepen (verloskundigen 3%, tandartsen 2% en GZ-psychologen 1%) aangeeft dat op dit moment te doen.

3.4.3 Opvattingen consumenten

Aan consumenten is een aantal stellingen voorgelegd over de behoefte aan een register en het vertrouwen dat consumenten stellen in beroepsbeoefenaren en instellingen met betrekking tot het gebruik van beschermde titels. De onderstaande tabel geeft daarvan een overzicht.

Tabel 3.18: Zijn de volgende uitspraken op u van toepassing?

% ja	Consumenten N=1078
Ik wil een register kunnen raadplegen over een beroepsbeoefenaar waar ik naar toe ga.	61% (46%)
Ik wil kunnen nagaan of er tegen een beroepsbeoefenaar een gegronde klacht is ingediend.	65% (54%)
Ik voel me beschermd door het bestaan van het BIG-register.	32% (55%)
De meerwaarde van een BIG-registratie is voor mij als patiënt niet duidelijk.	33%
Ik vertrouw erop dat een beroepsbeoefenaar die een beschermde titel gebruikt dit terecht doet.	80% (85%)
Ik vertrouw erop dat gezondheidszorginstellingen controleren of hun medewerkers terecht een beschermde titel gebruiken.	81% (90%)

NB: de getallen tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer.

Bron: enquête consumenten Pro Facto/Ruigrok|Netpanel, enquête consumenten EMGO/eerste evaluatie

Het percentage consumenten dat een register wil raadplegen over een beroepsbeoefenaar waar hij of zij naartoe gaat, is sinds de eerste evaluatie met 16% toegenomen. Hetzelfde geldt voor de wens om na te kunnen gaan of tegen een beroepsbeoefenaar een gegronde klacht is ingediend. Dit is met 11% toegenomen.

63 Afgezien van de huisartsen en gynaecologen waarvan slechts 13% het eens is met deze stelling.

Tegelijkertijd voelen consumenten zich minder beschermd door het bestaan van het BIG-register. Dit is afgenomen van 55% naar 32%. Eenderde van de consumenten vindt dat de meerwaarde voor hem of haar als patiënt niet duidelijk is. Dit klemt temeer nu uit de resultaten blijkt dat het vertrouwen in de beroepsbeoefenaren en de instellingen is afgenomen. Het vertrouwen dat zorginstellingen controleren of hun medewerkers terecht een beschermde titel voeren, is afgenomen van 90% naar 81%. Deze beperkte afname van vertrouwen is niet terecht, aangezien de mate waarin instellingen het BIG-register raadplegen juist fors is toegenomen ten opzichte van de eerste evaluatie.

3.4.4 Opvattingen zorgverzekeraars

Een deel van de medewerkers van zorgverzekeraars is BIG-geregistreerd. Het gaat om de medisch adviseurs die onder andere machtigingsaanvragen beoordelen of advisering verzorgen aan verzekerden. Voor de uitvoering van hun taken hebben zij toegang nodig tot individuele patiëntgegevens en onder andere voor dat doel hebben zij een BIG-registratie nodig. Door herregistratie vervalt de BIG-registratie van deze medische adviseurs mogelijk, omdat zij mogelijk niet kunnen voldoen aan de werkervaringseis. Zorgverzekeraars willen dat deze medewerkers blijven vallen onder het toezicht en het tuchtrecht van de Wet BIG.

Als een contract met een instelling wordt gesloten, beschouwt de zorgverzekeraar het als de verantwoordelijkheid van de instelling om de BIG-registratie van de beroepsbeoefenaren te controleren. Zorgverzekeraars gaan uitsluitend over tot controle van de BIG-registratie van individuele bij een instelling werkende beroepsbeoefenaren, als daar aanleiding toe is, bijvoorbeeld naar aanleiding van signalen. De zorgverzekeraars raadplegen het BIG-register om na te gaan welke beroepsbeoefenaren een maatregel opgelegd hebben gekregen.

3.5 Analyse empirie

Het percentage consumenten dat een register wil raadplegen over een beroepsbeoefenaar waar hij of zij naartoe gaat, is sinds de eerste evaluatie toegenomen. Tegelijkertijd is het gevoel dat consumenten zich beschermd voelen door het bestaan van het BIG-register afgenomen en geeft eenderde van de consumenten aan dat de meerwaarde voor hem of haar als patiënt niet duidelijk is.

Het BIG-register is het eenvoudigst te raadplegen met behulp van het BIG-nummer. Zorgconsumenten beschikken over het algemeen echter alleen over een naam en een werkadres van een beroepsbeoefenaar. Het veld “werkadres” is geen verplicht veld. De BIG-registratie vindt daarnaast voor vrouwelijke gehuwde beroepsbeoefenaren plaats op meisjesnaam. Dit bemoeilijkt het vinden van de betreffende beroepsbeoefenaar.

Beroepsbeoefenaren blijken echter weinig te communiceren over hun BIG-nummer en uit deze evaluatie blijkt daarnaast dat zij hier de waarde niet van inzien. De opvattingen van zorginstellingen over de communicatie over het BIG-nummer zijn positiever dan die van de beroepsbeoefenaren. Op basis van het voorgaande kan worden geconcludeerd dat de verwachting is dat de communicatie over het BIG-nummer door beroepsbeoefenaren niet zal toenemen, tenzij de instellingen dat stimuleren dan wel verplichten.

Anderzijds blijkt uit de resultaten dat het vertrouwen dat instellingen de BIG-registratie van hun medewerkers controleren, is afgenomen sinds de eerste evaluatie. Of deze afname van vertrouwen terecht is, kan betwijfeld worden, aangezien uit paragraaf 3.3.2 blijkt dat de mate waarin instellingen het BIG-register raadplegen juist fors is toegenomen ten opzichte van de eerste evaluatie.

Hoewel consumenten aangeven dat zij een register willen raadplegen en het vertrouwen in instellingen en beroepsbeoefenaren over het controleren en voeren van een beschermde titel is afgenomen, is de BIG-registratie geen selectie-instrument bij de keuze van een beroepsbeoefenaar door consumenten. Reputatie en vergoeding door de verzekeraar zijn veruit de belangrijkste redenen om te kiezen voor een beroepsbeoefenaar. Het BIG-register bevat deze informatie echter niet. Het BIG-register geeft aan dat de beroepsbeoefenaar aan een bepaalde instapkwaliteit voldoet en in het geval van herregistratie dat aan die eisen wordt voldaan, maar zegt niets over de kwaliteit. Consumenten raadplegen andere bronnen dan het BIG-register om een beroepsbeoefenaar te kiezen, omdat zij vaak niet over het BIG-nummer beschikken en de BIG-registratie een kleine rol speelt bij de keuze van een beroepsbeoefenaar.

Punt van kritiek en zorg van beroepsbeoefenaren en beroepsorganisaties is het bestaan van talloze beroepsbenamingen en privaatrechtelijke registraties en kwalificaties naast de BIG-registratie. Het bestaan van kwaliteitsregisters naast de Wet BIG ondermijnt de betekenis van de BIG-registratie en levert voor beroepsbeoefenaren ‘registratiedruk’ op. De vraag is of consumenten hun weg nog kunnen vinden in de veelheid aan kwaliteitsregistraties van zowel BIG-geregistreerde als paramedische beroepen. Anderzijds is het voeren van een kwaliteitsregistratie een vereiste voor de erkenning van een beroepsvereniging voor een artikel 14 specialisme. De Wet BIG eist dus ook dat er naast de BIG-registratie andere registraties ontstaan.

3.6 De BIG-registratie

Hoewel uit het empirisch onderzoek kan worden afgeleid dat de belangstelling van de burger voor de wettelijke beroepensystematiek en de daarmee verbonden motieven tegenvalt, lijkt de reglementering van beroepen tegenwoordig mede af te stralen op het intern functioneren van de zorgsector. Hierbij neemt de BIG-registratie een bijzondere plaats in. Ondanks de relatieve ondoorzichtigheid van het functioneren van het BIG-register zowel voor burgers als voor het veld willen wij onderscheiden tussen de externe en de interne werking van deze registratie. Met de externe werking wordt gedoeld op de publieksvoorlichtende taak van de registratie ten aanzien van beroepen in de individuele gezondheidszorg: heldere beroepenindelingen, verfijning daarvan in opleidings- en kwaliteitseisen, toegekende bevoegdheden, etcetera. De interne werking verwijst naar de functie die de registratie vervult voor de organisatie van de zorg en de wijze waarop partijen zoals zorgaanbieders, zorginkopers, en zorgverzekeraars daarop inspelen. Deze functie van de registratie behoeft minder door het publiek te worden herkend en doorgrond. Waar deze functie zijn uitwerking niet mist, is het aanvaardbaar, dat de patiënt het systeem van registratie ingewikkeld vindt. De handhaving, verfijning en bijbehorende afbakeningen van competenties, kwaliteitszorg, samenwerking etcetera vinden welbeschouwd achter de voordeur van de zorg plaats. Daarbij vervult ook het BIG-register een niet onbelangrijke rol. Ook al lijkt het BIG-register bij het publiek minder in beeld, dit zegt nog niets over de werking van het register als intern modellerend instrument binnen

de zorg. De betekenis van het BIG-register moet derhalve vooral worden gezocht in het systeem van 'checks and balances' in de gezondheidszorg dat ermee in stand wordt gehouden.

Dit alles laat onverlet dat het publiek op ieder moment moet kunnen nagaan of het gestelde vertrouwen in de correcte interne werking van de wet nog steeds gerechtvaardigd is. Onnodige hindernissen bij de publieke raadpleging van het BIG-register, die het functioneren van dit register als publiek controle-instrument belemmeren, zouden dan ook moeten worden weggenomen. Dit gegeven stelt echter mede aan de orde welke informatie het BIG-register op welke wijze aan het publiek moet kunnen verschaffen om deze externe functie voldoende te kunnen vervullen. Gelet op de ervaringen van het CIBG, de uitvoeringsorganisatie aan wie het Ministerie van VWS het feitelijk beheer van het BIG-register heeft opgedragen,[64] houdt de huidige publieke werking van het BIG-register vooral verband met beperkingen die voortvloeien uit de geldende privacywetgeving, het feit dat sommige door het publiek verlangde gegevens niet in het register zijn opgenomen en de omstandigheid dat de meeste verzoeken om BIG-gerelateerde informatie niet van burgers afkomstig zijn. Tegelijk is de verwachting dat de opname van werkadressen in het BIG-register en de koppeling met het DUO-register en het Handelsregister zal bijdragen aan de verbetering van de publieksvoorlichtende taak van het register. Daarnaast worden voordelen gezien in een wettelijk plicht tot raadpleging van het register door werkgevers, de verplichting voor BIG-geregistreerden om op eigen websites en eigen rekeningen het BIG-nummer te vermelden (vergelijk analoog artikel 38 lid 4 Wet maatschappelijk gezondheidzorg). Eenzelfde beeld bestaat over een beveiligde toegang tot het BIG-register voor werkgevers om eventuele tuchtmaatregelen jegens eigen medewerkers te kunnen achterhalen of verifiëren als alternatief voor een alert-systeem voor werkgevers, waarmee deze automatisch (elektronisch) bericht ontvangen van wijzigingen in de BIG-registratie van hun medewerkers. Dit alles wijst erop dat er aan het functioneren van het BIG-register nog het nodige te verbeteren valt. Deze verbeteringen kunnen zowel betrekking hebben op de informatie die via het BIG-register te traceren valt als de wijze waarop die de gebruiker bereikt. Om de betekenis van het BIG-register als brede informatiebron meer tot zijn recht te laten komen, ligt het voor de hand om ook de huidige mogelijkheden via de sociale media beter te benutten.

3.7 Reglementering van beroepen

In paragraaf 3.2.1 is uiteengezet hoe het stelsel van registratie en titelbescherming in de Wet BIG is opgezet. Na de weergave van de resultaten van het empirisch onderzoek aangaande de inzet van dit stelsel en de opvattingen daarover, wordt in deze paragraaf stilgestaan bij de reglementering van beroepen. Daarbij wordt vooral nagegaan of er aanleiding bestaat om de overwegingen op basis waarvan beroepen worden gereglementeerd, te veranderen en welke aanbevelingen daaromtrent gegeven kunnen worden. Tevens wordt in deze paragraaf geanalyseerd of er nieuwe beroepen in de Wet BIG gereglementeerd dienen te worden.

64 Zie www.cibg.nl

3.7.1 Criteria voor reglementering

Een van de vragen waarop dit evaluatieonderzoek betrekking heeft, is of er aanleiding bestaat om bepaalde beroepen in de individuele gezondheidszorg bij of krachtens de wet te regelen. Bepalend voor beantwoording van die vraag zijn:

- de mate waarin het hoofdbestanddeel van de werkzaamheden van een dergelijk beroep bestaat uit het verlenen van individuele gezondheidszorg,
- of het hierbij gaat om een basisberoep ter onderscheiding van een functiebenaming, differentiatie of specialisme,
- of het werkterrein van de betrokken beroepsgroep zich voldoende laat onderscheiden van dat van andere beroepsgroepen,
- of het beroep in zijn kern is uitgekristalliseerd,
- of de toegepaste behandelmethoden in principe ‘evidence based’ zijn, en
- of de bewuste beroepsgroep over de nodige deskundigheid op zijn terrein beschikt.[65]

Als maatstaven voor opname van een beroep in artikel 3 gelden de behoefte om een beroepsgroep de mogelijkheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen toe te kennen en de behoefte aan onderwerping van een beroep aan publiekrechtelijk tuchtrecht.[66] Het incorporeren van deze criteria in de wet wordt om wetstechnische redenen niet mogelijk geacht. Een wet in formele zin dient immers niet de criteria voor haar eigen wijziging te bevatten. De bevoegdheid om de wet te wijzigen, kan althans niet buiten de Grondwet om in de Wet BIG worden neergelegd.

Het verdient naar onze mening wel aanbeveling om aan de genoemde criteria voor opneming van een beroep onder artikel 3 twee nieuwe criteria toe te voegen. Ten eerste de algemene behoefte om met behulp van een publiekrechtelijke registratie van de beroepsbeoefenaren de gerechtigdheid tot het voeren van een zekere titel vast te stellen. De kenbaarheid van deze gerechtigdheid is nodig in het geval er zekerheid moet worden geboden dat een beschermde titel terecht wordt gevoerd. Die publieke waarborg wordt door de wettelijke registratie van een artikel 3-beroep geboden, terwijl de private registratie niet onder gezag en controle van de Minister van VWS valt. Via de publiekrechtelijke registratie (het BIG-register), in plaats van een privaatrechtelijke, is dan op het niveau van de individuele zorgverlener eenvoudig en met voldoende zekerheid controleerbaar of een beroepstitel terecht wordt gevoerd. Formeel is het belang van kenbaarheid onder meer aan de orde voor de controle op de registratie door werkgevers respectievelijk de zorginstellingen, zoals in paragraaf 3.6 bepleit. Verder kan het wettelijke register de kenbare grondslag vormen voor opname van een beroep in een AMvB ex artikel 39 over functionele zelfstandigheid (namelijk met toepassing van de optie van lid 2 onder a). Indien er publiekrechtelijke consequenties verbonden worden aan het voeren van de titel kan dit formeel een zelfstandig belang opleveren. Deze publiekrechtelijke gevolgen zijn niet beperkt tot de Wet BIG. Deze wet kan ondersteunend zijn aan andere regelingen in het

---

65 Raad Wet BIG 1994, p.11. Voor een schematische weergave, zie RVZ advies juridische aspecten van taakherschikking 2002, bijlage 1, p. 77-79.

66 Zie *Kamerstukken II* 1991/92, 19 522, nr. 20, p. 5 e.v. Daarbij is opgemerkt: “Het gaat daarbij om twee afzonderlijke motieven en de aanwezigheid van een van beide motieven geeft reeds aanleiding om tot regeling van een beroep in artikel 3 over te gaan.”

belang van de kwaliteit (bijvoorbeeld via Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, Wkkgz) of de marktordening (bijvoorbeeld declaratievoorschriften van de Nederlandse Zorgautoriteit).

Het kenbaarheidscriterium speelt materieel met name in geval een (basis-)beroep een zekere omvang heeft verworven in de individuele gezondheidszorg, daarin voldoende van andere beroepen is onderscheiden en is uitgekristalliseerd (criteria die de Raad Wet BIG reeds noemde). Daarnaast zou inhoudelijk de betekenis van het beroep voor de organisatie van de individuele gezondheidszorg moeten worden gewogen. Dit is tevens de gedachte achter de twee reeds genoemde criteria uit de parlementaire geschiedenis, namelijk het onderworpen zijn aan tuchtrecht en de bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen. Verrichtingen van ingrijpende aard binnen de zorg zijn op deze wijze aan deskundigheid gebonden. In paragraaf 5.6.2 wordt gepleit voor een flexibilisering van de lijst van voorbehouden handelingen. Complement daarvan is, dat bij uitbreiding van de lijst naar een nog niet in artikel 3 genoemd beroep alsnog opname in de wet plaatsvindt. Waar het gaat om ingrijpende verrichtingen die niet zonder gecontroleerde deskundigheid mogen plaatsvinden, volstaat dit oude criterium, dat hooguit eerder toepassing zal vinden. Waar in de praktijk aan het tuchtrechtelijke toezicht behoefte gevoeld wordt, mogen we veronderstellen dat het beroepen betreft van voldoende betekenis voor de zorg. Dit tweede oorspronkelijke criterium is niet nader scherp uitgewerkt, maar thans kan onder meer gedacht worden aan beroepen met een praktijk buiten de instellingen, die daardoor minder toezicht kennen, of met een praktijk die door de aard van de zorg zich binnen een instelling aan het zicht van de organisatie onttrekt. De wenselijkheid van extra toezicht door het tuchtrecht doet zich dan eerder voor. Tuchtrechtelijke beoordeling veronderstelt weer redelijk uitgekristalliseerde beroepsnormen. Het hier voorgestelde criterium van kenbaarheid, voegt er aan toe dat niet vanwege dit tuchtrechtelijk toezicht, maar dat vanwege de plaats van het beroep in de organisatie van de zorg om inhoudelijke redenen de kenbaarheid van de gerechtigdheid tot een titel een publiek belang vertegenwoordigt. Dat is naar de mening van de onderzoekers in concreto bijvoorbeeld het geval, indien in de door het Zorginstituut Nederland geregistreerde of te registreren richtlijnen in relevante mate naar de competenties van de desbetreffende beroepsgroep wordt verwezen. Bij een toegenomen publiekrechtelijke betekenis van de toepassing van de professionele standaard (vergelijk artikel 2 lid 2 Wkkgz) is de toetsbaarheid van de beroepstitel, vanwege de in de richtlijnen opgenomen competenties en verrichtingen, een publiekrechtelijk belang. Van de zorginstellingen wordt gevraagd de professionaliteit te bewaken (vergelijk artikel 7 Wkkgz). Daartoe moeten deze instellingen dan over een betrouwbare registratie kunnen beschikken en dit vormt een zelfstandige grond voor een publiekrechtelijke regeling.

Een tweede toe te voegen criterium zou gelegen kunnen zijn in het perspectief op specialismen die aan de criteria van artikel 14 Wet BIG voldoen. De Wet BIG vervult immers een belangrijke functie als coördinatensysteem voor de regulering van beroepen in de zorg. De ontwikkeling van de specialismen in de verpleegkunde vormt daarvan een recent voorbeeld. Het tegengaan van wildgroei van specialismen kan een voldoende belang vertegenwoordigen om de regulering van specialismen te onderwerpen aan de criteria van artikel 14. Daarvoor is uiteraard opname van het basisberoep in de wet het eerste vereiste. Dit alles maakt dat kan worden aanbevolen om bij de beoordeling van het opnemen van beroepen in artikel 3 het perspectief op specialismen die kunnen voldoen aan de criteria van artikel 14 te betrekken.

Samenvattend zien de onderzoekers vier hoofdcriteria voor opname van een beroep in artikel 3:

1. Het kenbaarheidscriterium: het belang van een centrale, eenvoudig te raadplegen en betrouwbare registratie van de gerechtigdheid van het voeren van een beroepstitel. Dit belang is aan de orde bij publiekrechtelijke gevolgen als onder meer bij:
   a. een wenselijke verplichting van de werkgevers respectievelijk zorginstellingen om bevoegde professionals te controleren;
   b. het kunnen controleren op de toepassing van (geregistreerde) professionele richtlijnen (competenties en verrichtingen) door de daarin aangewezen beroepsbeoefenaren;
   c. het regelen van functionele zelfstandigheid.
2. Het specialisatiecriterium: het belang van een gereglementeerde en beheerste regeling van specialismen binnen een beroepsdomein (het te registreren 'basis-beroep');
3. Het tuchtrechtcriterium: het belang van extern toezicht op de praktijk als mechanisme van normontwikkeling, als correctie- en uiteindelijk als uitsluitingsmechanisme;
4. Het voorbehouden-handelingencriterium: de noodzaak om indien bepaalde ingrijpende en gevaarlijke handelingen als voorbehouden in de wet zijn of worden opgenomen, de beroepen die zelfstandig de voorbehouden handelingen mogen verrichten op te nemen in artikel 3.

Als ondersteunende criteria gelden de voorwaarden voor de registratie en/of tuchtrechtelijke toezicht (als door de Raad Wet BIG reeds aangereikt):

a. het beroep ligt in hoofdzaak op het terrein van de individuele gezondheidszorg;
b. het betreft een basisberoep (geen functie of specialisme);
c. het beroep is voldoende te onderscheiden van andere beroepen;
d. het beroep is voldoende uitontwikkeld om een deskundigheidsterrein en opleidingsprogramma te specificeren
e. het aantal beroepsbeoefenaren is van voldoende omvang om een zelfstandige regeling te rechtvaardigen.

De eis van de Raad dat de professionele standaard voldoende uitgekristalliseerd is, zouden wij willen relativeren. Een beroep in wording zal zich inderdaad niet voor wettelijke registratie lenen, maar juist het belang om een bepaald beroep beter in de zorg te structuren kan aanleiding zijn om de Wet BIG hiervoor te gebruiken.

Voor reglementering van een beroep krachtens artikel 34 gelden eveneens niet-cumulatieve maatstaven, te weten de behoefte aan een publiekrechtelijke regeling voor de opleiding of een voor het publiek herkenbare titel, of de mogelijkheid tot toekenning van functionele zelfstandigheid bij het verrichten van voorbehouden handelingen.[67] Omtrent deze criteria doen zich naar mening van de onderzoekers geen bijzondere problemen voor.

Beroepen die niet voldoen aan de criteria voor regulering via artikel 3 of krachtens artikel 34 zijn in de wet niet direct zichtbaar (zie paragraaf 3.2.1). Gelet op de herhaaldelijk geuite wensen tot regulering van deze '3 noch 34–beroepen' (zoals de operatiekamer-assistent en de anesthesiemedewerker) valt niettemin te overwegen om aangaande deze beroepen nadere studie te verrichten. Aldus kan de staat

67 *Kamerstukken II* 1989/90,19522, nr. 15, p. 2-3. Zie ook Biesaart 2012b, m.n. p. 76.

van de door de betrokken beroepsorganisaties gerealiseerde modelleringen van deze categorie beroepen, inclusief hun opleidingstrajecten, in kaart worden gebracht. De resultaten van deze studie kunnen aanknopingspunten bieden voor handhaving dan wel heroverweging van de thans ontbrekende regulering van (afzonderlijke beroepen uit de categorie) ‘3 noch 34’–beroepen. De onderzoekers stellen zich voor dat het initiatief voor een dergelijke studie uitgaat van de per 1 april 2012 opgerichte Sectie Zorgberoepen en (zorg)opleidingen, als opvolger van het per 1 januari 2012 opgeheven College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG).

3.7.2 Reglementeren van nieuwe beroepen

Sinds de eerste evaluatie van de Wet BIG is het aantal artikel 3-beroepen niet uitgebreid, ofschoon daartoe wel pogingen zijn ondernomen. Denk aan het stopzetten van de ingezette procedure tot erkenning van de klinisch chemicus als artikel 3-beroep. Momenteel is de erkenning van nieuwe beroepen wederom actueel. Zo bestaat de physician assistant voor de wet alleen bij gratie van een AMvB indachtig artikel 36a Wet BIG. Daarin krijgt deze beroepsgroep in experimentele zin de bevoegdheid om een aantal nader omschreven voorbehouden handelingen zelfstandig uit te voeren.[68] Indien dit experiment succesvol is, d.w.z. toekenning van deze bevoegdheid leidt tot een wezenlijke kwaliteitsverbetering in de individuele gezondheidszorg, is de verwachting dat het beroep van physician assistant wettelijk gereglementeerd wordt, waarschijnlijk binnen artikel 3 van de wet. Voornaamste reden hiervoor is dan wellicht dat het hier een basisberoep betreft, dat de mogelijkheid is toegekend om zelfstandig voorbehouden handelingen te verrichten. Een behoefte aan tuchtrechtelijke toetsing van het handelen van de physician assistent lijkt daarmee eveneens gegeven. Ten aanzien van de klinisch technoloog wordt momenteel een experimenteerregeling krachtens artikel 36a voorbereid.[69] Daarin wordt de klinisch technoloog gedurende een periode van vijf jaar zelfstandig bevoegd verklaard voor een aantal nader omschreven technisch-medische handelingen.[70] Ook hier zal de uitkomst van het experiment moeten worden afgewacht om te bezien of en zo ja, hoe reglementering van de klinisch technoloog aan de orde zou moeten zijn. Daarbij zal eveneens moeten worden beoordeeld of deze beroepsgroep als een volwaardig basisberoep kan gelden of bijvoorbeeld veeleer een apart profiel binnen de geneeskunde vormt. Aangaande de klinisch perfusionist kan worden gesteld dat deze beroepsbeoefenaar zijn beroepsmatige handelingen grotendeels autonoom (dus zonder inhoudelijke supervisie) verricht en dat de adequate uitvoering van die handelingen een bijzondere expertise vergt die bovendien nodig is ter voorkoming van serieuze risico’s voor de patiëntveiligheid. Dit leidt tevens tot de vraag of hierin een publiek belang schuilt om handelingen op het gebied van de extra corporale circulatie als een voorbehouden handeling in de zin van artikel 36 te erkennen. Met het oog op een verantwoorde ontwikkeling van dit beroep binnen het blikveld van de BIG-wetgever lijkt het aan de orde om ook hier een experimenteerregeling tot stand te brengen.

68 Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant van 21 december 2011, *Stb.* 2011, 658, inwerkingtreding 1 januari 2012.

69 Bijlage bij ontwerpbesluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid klinisch technoloog, *Kamerstukken I* 2012/13, 29 282, nr. 169.

70 Ontwerpbesluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid klinisch technoloog, artikel 7.

Vanaf 2002 zijn de huidtherapeut[71] en de klinisch fysicus[72] onder het bereik van artikel 34 gebracht. Tussentijds zijn ook wijzigingen doorgevoerd in opleidingen en/of deskundigheidsgebieden van enkele artikel 34-beroepen.[73] Een pleidooi voor erkenning van de doktersassistente als artikel 34 beroep is in 2005 door de Minister niet overgenomen.[74]

Aan beroepsbeoefenaren is gevraagd of bepaalde beroepen waarvoor dat nu niet geldt, in de toekomst gereglementeerd zouden moeten worden. Daarbij is aangesloten bij de beroepen waarmee de betreffende beroepsgroep in het dagelijks werk te maken (kunnen) hebben. De onderstaande tabel geeft een overzicht.

Tabel 3.19: Zou de onderstaande titel een wettelijke beschermde titel moeten zijn?

% eens	A	HK	VPS	VP	HA	KF	GY	GZ	TA	MH	VK
	N=257	N=189	N=329	N=1422	N=183	N=205	N=225	N=360	N=282	N=239	N=299
Klinisch chemicus	39%	52%	—	—	—	64%	—	—	—	—	—
Operatie-assistent	40%	60%	32%	52%	—	32%	—	—	—	—	—
Perfusionist	29%	56%	—	—	—	37%	—	—	—	—	—
Kraamverzorgende	—	—	—	—	—	—	46%	—	—	—	—
Psychologisch assistent	—	—	—	—	—	—	—	51%	—	—	—
Doktersassistent	—	—	—	—	66%	—	—	—	—	—	—
Tandartsassistent	—	—	—	—	—	—	—	—	22%	46%	—
Mondzorgkundige	—	—	—	—	—	—	—	—	—	71%	—
Preventieassistent	—	—	—	—	—	—	—	—	45%	53%	—
Praktijkassistent	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25%
Verpleegkundig assistent	—	—	17%	39%	—	—	—	—	—	—	—

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Uit de resultaten van het vragenlijstonderzoek onder beroepsbeoefenaren blijkt geen breed gedragen meerderheid voor de bescherming van bepaalde titels. Tweederde van de huisartsen vindt dat de titel doktersassistent een beschermde titel moet zijn. Van de heelkundigen vindt 60% dat de titel operatie-assistent beschermd moet zijn.

71 Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut 6 december 2002, *Stb.* 2002, 626, inwerkingtreding op 1 januari 2003. Laatstelijk gewijzigd bij besluit van 10 juni 2010, *Stb.* 2010, 285, inwerkingtreding per 1 januari 2011.

72 Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied klinisch fysicus van 25 april 2005, *Stb.* 2005, 265, inwerkingtreding op 14 oktober 2009, *Stb.* 2009, 404.

73 Vgl. Wijzigingsbesluit Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en van het Besluit functionele zelfstandigheid 21 februari 2006 (wijziging opleiding en deskundigheidsgebied mondhygiënist), *Stb.* 2006, 147, inwerkingtreding, zie *Stb.* 2006, 242.

74 Zie *Kamerstukken II* 2005/06, 30 300, XVI, p. 3.

3.7.3 Privaatrechtelijke beschermde, maar niet krachtens artikel 14 erkende specialismen

Naast de beschermde beroepen is er een aantal medische beroepen dat als basisberoep reeds wettelijke erkenning geniet en via een traject van vervolgopleidingen leidt tot een medisch specialisme, zij het geen specialisme in de zin van artikel 14 Wet BIG. Deze zogenoemde profielartsen vallen onder de gezamenlijke profielregeling van het Centraal College Medische Specialisten (CCMS), het College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten (CHVG) en het College voor Sociale Geneeskunde (CSG), waarin een achttal profielen is ondergebracht. Omdat deze profielen niet gekoppeld zijn aan erkende specialistentitels en daardoor ook door artsen zonder een desbetreffende vervolgopleiding gevoerd kunnen worden, heeft de KNMG ervoor gekozen om deze profielen uit te rusten met privaatrechtelijk beschermde titels[75], gedeponeerd bij het Benelux Merkenbureau. Het recht op het voeren van een zogenoemde profieltitel wordt verkregen na inschrijving in een daarvoor door de KNMG beheerd profielregister. Opmerkelijk tegen de achtergrond van het KNMG-profielregister, is het recente bericht dat de CSG voornemens is om de sportarts (geen KNMG-profiel) als geneeskundig specialisme te erkennen.[76] Dit roept vragen op over de ministeriële interpretatie van de criteria voor erkenning van een specialistentitel genoemd in artikel 14 lid 2 Wet BIG, respectievelijk de eerdere Circulaire Beleidsregels toetsingskader wettelijke erkenning van specialistentitels.[77] In zijn kern kan erkenning van een specialistentitel plaatsvinden indien dit door een representatieve beroepsorganisatie wordt aangevraagd, dit geen strijd oplevert met het (Europees) recht of het algemeen belang en dit wenselijk moet worden geacht voor een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. Van dit laatste is sprake indien een specialisme voldoende is uitgekristalliseerd, zich voldoende onderscheidt van andere specialismen, financiering en bekostiging van de specialistenopleiding gewaarborgd zijn en er landelijk voldoende beoefenaren van het betreffende specialisme voorhanden zijn teneinde het aanbod van die specifieke zorg te kunnen garanderen. Waar de minister een aanvraag tot wettelijk erkenning van een specialistentitel afwijst, is een beroepsorganisatie vrij om een eigen privaatrechtelijke regeling van specialistentitels te creëren, zo nodig met een eigen erkennings- en registratiesysteem.

Overigens is de KNMG niet de enige beroepsorganisatie die specialistentitels privaatrechtelijke bescherming verleent. Naast de twee BIG-erkende specialismen binnen de gezondheidszorgpsychologie, te weten de klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog, hanteert het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), eveneens via de route van het Benelux Merkenbureau, een aparte registratie. Op basis van inschrijving in het bewuste register zijn

75 Het betreft: jeugdarts KNMG, forensisch arts KNMG, spoedeisendehulparts KNMG, arts indicatie en advies KNMG, arts beleid en advies KNMG, arts tuberculosebestrijding KNMG, arts medische mileukunde KNMG en arts infectieziektebestrijding KNMG. De toevoeging “KNMG” na de profielaanduiding benadrukt dat de bewuste titel relateert aan een inschrijving in een door de KNMG beheerd profielregister en daarmee niet gelijk staat aan een erkende specialistentitel ex artikel 14 Wet BIG.

76 J. Volkers, ‘Sportarts erkend als volwaardig specialist’, *De Volkskrant* 29 mei 2013, p. 34.

77 Deze Circulaire (*Stcrt*, 2007, 137) is per 21 juli 2013 vervallen. Zie *Stcrt* 2009, 10 906.

betrokkenen gerechtigd de titel ‘Registerpsycholoog NIP’ te voeren.[78] Daarbinnen wordt een drietal bijzondere psychologische werkvelden erkend.[79] Voor elk van deze werkvelden is tevens de specialistentitel ‘Registerpsycholoog Specialist NIP’ beschikbaar.

In paragraaf 3.2.2 is onder de kop “andere registraties” een overzicht opgenomen van de verschillende registraties waarin ook andere beroepsorganisaties met een eigen privaatrechtelijk kwaliteitsregister, al dan niet voor specialistentitels, zijn opgenomen.

Men kan zich afvragen – en sommige koepel- en/of brancheorganisaties doen dat ook – in hoeverre de particuliere vrijheid om langs privaatrechtelijke weg een eigen stelsel van wettelijk niet-erkende (specialisten) titels in stand te houden ondermijnend werkt voor het wettelijk stelsel van titelbescherming, waarmee de BIG-wetgever de burger immers duidelijkheid wil verschaffen over het opleidings- en deskundigheidsniveau van hulpverleners. Waarom bestaan er naast het BIG-register, het toch als leidend te beschouwen kwaliteitsregister, nog andere kwaliteitsregisters? En is het wettelijk systeem wel effectief als het onderscheid tussen wettelijke en buitenwettelijke titels voor de burger niet ondubbelzinnig duidelijk wordt en er geen juridische rem bestaat op het creëren van statusverhogende aanduidingen van beroepsbeoefenaren? Juridisch vertaald werpt dit tevens de vraag op hoe privaatrechtelijk beschermde titels in de individuele gezondheidszorg zich verhouden tot het verbod van misleidende titels in artikel 4 lid 2, artikel 17 lid 2, respectievelijk artikel 34 lid 4 Wet BIG.[80] Het is in ieder geval raadzaam om de effecten van de praktijk van privaatrechtelijk beschermde (specialisten)titels naast het wettelijk stelsel van titelbescherming te monitoren. Voor zover deze praktijk leidt tot een gerechtvaardigd publiek vertrouwen in de kwaliteit van zorg door hulpverleners met wettelijk niet-erkende (specialisten)titels ligt het voor de hand dat de Minister zijn beleid ten aanzien van de erkenning van specialistentitels ambtshalve heroverweegt en de praktijk van privaatrechtelijke kwaliteitsregisters in beleidsondersteunende zin benut.

3.7.4 Niet-gereglementeerde beroepen

Bijzondere aandacht geldt de reglementering van beroepen die niet onder de reikwijdte van de wet vallen, maar waarvan de vraag is of dat zo dient te blijven. Aan de orde is daarbij of de bovengenoemde reglementeringscriteria het enige referentiepunt moeten vormen of dat aanvullende criteria in de beoordeling van een reglementeringsnoodzaak moeten worden betrokken. Cruciaal is meestal of bepaalde verrichtingen van zulke beroepen onder de paraplu van de voorbehouden handelingen moeten worden gebracht, nu die weliswaar grote gelijkenissen vertonen met in artikel 36 Wet BIG genoemde handelingen, maar feitelijk niet plaatsvinden binnen de context

---

78 Nederlands Instituut Psychologen, *Registerpsycholoog NIP*, http://www.psynip.nl/index.php?p=977796, geraadpleegd 16 september 2013.

79 Het betreft de Registerpsycholoog NIP/ Kinder & Jeugd, de Registerpsycholoog NIP/ Arbeid & Organisatie en de Registerpsycholoog NIP/ Gezondheidszorg.

80 Schending van deze verboden na schorsing of doorhaling is strafbaar ingevolge artikel 99 Wet BIG. Op een generieke schending van artikel 4 lid 2 dan wel artikel 17 lid 2 kan ingevolge artikel 100 Wet BIG een bestuurlijke boete van ten hoogste €6700.00 volgen.

van individuele gezondheidszorg. De vraag is dan wat doorslaggevend moet zijn bij de keuze voor het al dan niet BIG-reglementeren van zulk een beroep. Blijft de maatstaf voor BIG-reglementering beperkt tot handelingen die in strikte zin alleen gericht zijn op het bevorderen of bewaken van de gezondheid of behoort de wet zich ook uit te strekken tot in het maatschappelijke verkeer voorkomende handelingen die weliswaar niet direct zorgverlening behelzen, maar die naar hun aard in gegeven omstandigheden wel grote risico's voor de gezondheid kunnen opleveren? Bij wijze van voorbeeld van de algemene problematiek bespreken wij hieronder vier niet gereglementeerde beroepen.

Tatoeëerders

Een bekend voorbeeld van risicovolle handelingen zijn de verrichtingen van tatoeëerders. Ingevolge artikel 1 lid 1 onder a van het Warenwetbesluit tatoeëren en piercen[81] is een tatoeage een huid-penetrerende handeling waarmee een kleurstof of pigment intradermaal wordt geïnjecteerd. Hoewel het aanbrengen van een tatoeage daarmee een vorm van injecteren betreft, zij beroepsmatig wordt uitgevoerd en de samenhang van lichaamsweefsels wordt verstoort zonder dat die zich direct herstelt, geldt deze verrichting niet als een voorbehouden handeling. Tatoeëren staat niet gelijk aan handelingen liggende op het gebied van de geneeskunst (zie artikel 36 lid 1) en vindt buiten de context van individuele gezondheidszorg (artikel 1 lid 1) plaats. Duidelijk is echter dat bij het tatoeëren (evenals bij het aanbrengen van piercings) veilig en hygiënisch werken van groot belang is. Het ondeskundig plaatsen van een tatoeage kan serieuze gezondheidsschade veroorzaken (infecties, hepatitis B, hepatitis C en HIV). Gezien de zichtbaar toegenomen maatschappelijke interesse voor tatoeages heeft de burger dan ook baat bij passende rechtsbescherming tegen risicovolle tatoeagepraktijken.

Dit laatste is nadrukkelijker aan de orde bij het verwijderen van tatoeages. Ondeskundige verwijdering van tatoeages leidt tot ernstige en vaak onherstelbare beschadiging van huidweefsels, veroorzaakt hoe dan ook littekens en creëert bovenal serieuze risico's voor de gezondheid van betrokkene. Hierdoor heeft het verwijderen van tatoeages ook een sterke(re) relatie met zorg voor de gezondheid en valt deze verrichting ook meer gelijk te stellen aan handelingen liggende op het gebied van de geneeskunst. Hierdoor groeit tevens het publiek belang bij reglementering van dergelijke handelingen. Minder goed te begrijpen is dan ook het eerdere standpunt van voormalig minister Hoogervorst. In een reactie op vragen van het lid van de Tweede Kamer Arib antwoordde de Minister dat het verwijderen van tatoeages geen gezondheidsdoel dient en daarom buiten de reikwijdte van de Wet BIG valt.[82]

Toch zijn er, naast de sociale tatoeagepraktijk, ook vormen van tatoeëring die expliciet binnen de context van individuele gezondheidszorg plaatsvinden. Patiënten die bekend zijn met bijzondere huidaandoeningen zoals wijnvlekken, littekens of brandwonden ondergaan tatoeëring in een ziekenhuis in opdracht van een plastisch chirurg. Ook na borstcorrecties wordt in opdracht van deze

81 Besluit van 21 maart 2007, *Stb.* 2007, 114, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 17 april 2012, *Stb.* 2012, 193.

82 *Kamerstukken II* 2004/05, 22 894, nr. 54.

chirurg wel gebruik gemaakt van de diensten van een tatoeëerder, bijvoorbeeld ten behoeve van een tepelhoftatoeage. Nu deze vormen van tatoeëring een onderdeel van de medische behandeling uitmaken, rijst tevens de vraag naar de hoedanigheid van deze verrichting als voorbehouden handeling in de zin van de wet. Hetzelfde kan worden gezegd met betrekking tot reglementering van het medisch tatoeëren, mede vanwege het feit dat de tatoeëerders waarvan plastisch chirurgen tegenwoordig gebruik maken geen BIG-beroep zijn, geen door de wet geregelde of aangewezen opleiding hebben gevolgd en hun kennis en kunde veelal ontlenen aan jarenlange praktische toepassing. Bovengenoemd Warenwetbesluit koppelt het tatoeëren en piercen alleen aan een vergunningenstelsel aangaande de behandelruimte en de kwaliteit en veiligheid van de te gebruiken materialen, maar bevat geen regels omtrent de kwalificaties van een tatoeëerder. Daarmee is een duidelijke noodzaak tot regulering van het beroep medisch tatoeëerder vooralsnog niet gebleken, maar wel duidelijk hoe relatief de grenzen van Wet BIG kunnen zijn. De verdere ontwikkelingen omtrent dit beroep zullen moeten worden afgewacht. Op basis daarvan valt ook te bezien of een bijzonder regime gericht op het waarborgen van de kwaliteit van het medisch tatoeëren als bijzondere vorm van injecteren nodig is.

Klinisch perfusionisten

Een ander voorbeeld, maar nu uit het hart van de zorg, vormt het beroep van de klinisch perfusionist, die handelingen van een hoge technische graad verricht ten behoeve van het bewaken van de extracorporale circulatie. De adequate uitvoering van die handelingen vergt bijzondere expertise die bovendien nodig is ter voorkoming van serieuze risico's voor de patiëntveiligheid. Een recente zaak[83] (zie paragraaf 4.3) heeft laten zien dat zeer ingrijpende beslissingen en handelingen bij de kunstmatige circulatie in grote mate autonoom door perfusionisten worden genomen, respectievelijk plaatsvinden. Door de hoge technische graad van de beroepsmatig te verrichten perfusionistische handelingen is ook inhoudelijke supervisie van operateurs en anesthesiologen niet goed mogelijk. Dit werpt tevens de vraag op of hierin een publiek belang schuilt om handelingen op het gebied van de extra corporale circulatie als een voorbehouden handeling in de zin van artikel 36 Wet BIG te erkennen.

Een dergelijk specifiek beroep in het medisch domein met een exclusief deskundigheidsterrein lijkt eerder een kandidaat voor reglementering. Daarbij is de vraag langs welke weg deze regulering plaats zou moeten vinden. Met het oog op een verantwoorde reguleringskeuze voor dit soort beroepen kunnen experimenteerregelingen krachtens artikel 36a tot stand worden gebracht. Daarin zou bijvoorbeeld de beroepsbeoefenaar met de titel 'klinisch perfusionist' gedurende een bepaalde periode bevoegd verklaard kunnen worden om een aantal nader te omschrijven handelingen op het gebied van de extra corporale circulatie als voorbehouden handeling zelfstandig uit te voeren, onder een bijpassende verantwoordelijkheid onder het wettelijk tuchtrecht. Afhankelijk van de uitkomsten van dit experiment kan de keuze voor een specifieke regulering van een dergelijke beroep nader worden bepaald.

---

83 RTC Groningen 21 juli 2011, zaaknr. G2011/68.

Klinisch embryologen

Een illustratie van beroepen die vanuit de biomedische technologie in de zorg binnendringen vormen klinisch embryologen. Hier is sprake van een beroepsgroep die in voortplantingslaboratoria weliswaar werkzaam is onder toezicht van gynaecologen, maar in de praktijk in grote mate zelfstandig werkt. Handelingen ten aanzien van menselijke geslachtscellen en embryo's gelden ingevolge artikel 36 lid 13 Wet BIG als voorbehouden aan de arts, waardoor de klinisch embryoloog (geen arts) deze alleen in opdracht van een arts of gynaecoloog mag verrichten. De gynaecoloog is echter veelal niet bekwaam om deze handelingen uit te voeren. Hierdoor bestaat ook hier geen reële mogelijkheid voor supervisie. Vanwege de grote gevolgen van ondeskundige uitvoering van embryologische handelingen en de toepassing van fertiliteitstechnieken,[84] maar breder van biotechnische ingrepen in het algemeen is het nadrukkelijk te overwegen dergelijke handelingen onder het tuchtrecht te brengen, nu anderen voor deze handelingen in de praktijk geen verantwoordelijkheid (kunnen) dragen. Hierin ligt dan tevens het publieke belang van passende reglementering van dit beroep opgesloten.

Eerder is ook door de Commissie Gevers aan de orde gesteld hoe de zelfstandigheid van handelen door de klinisch embryoloog juridisch moet worden geduid.[85] Daarbij is opgemerkt dat IVF alleen mag worden uitgevoerd in een instelling met een vergunning op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV). Verder gelden bijzondere eisen op basis van de Embryowet (Embw) en de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal (Wvkl). Door de hiermee geboden kwaliteitswaarborgen zou het niet nodig zijn om de genoemde fertiliteitshandelingen als voorbehouden handeling te blijven aanmerken. Het is de vraag of dat inderdaad overbodig is. Een andere kwestie is echter of er dan geen grond bestaat om het beroep van de klinisch embryoloog, thans een '3 noch 34-beroep', wettelijk te regelen. Gelet op bovenstaande kenmerken van het beroep zouden daarvoor termen aanwezig kunnen zijn. In welke vorm die regulering plaats zou moeten vinden, vergt uiteraard nader onderzoek. Ook in dit soort gevallen staat met het oog op een verantwoorde reguleringskeuze door de BIG-wetgever, een experimenteerregeling krachtens artikel 36a ter beschikking.

Thanatopracteurs

Een kwestie van geheel andere signatuur betreft de juridische status van de verrichtingen van thanatopracteurs. Thanatopraxie, het tijdelijk conserveren van het menselijk lichaam na het overlijden, wordt niet door de Wet BIG bestreken, nu het ook hierbij strikt genomen geen handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg betreft.[86] Daarmee is echter niet gezegd dat alle professionele handelingen bij overledenen in een juridisch vrije ruimte plaatsvinden. Het gaat niet zelden om ingrijpende handelingen aan een stoffelijk overschot, waarbij soms ook volksgezondheidsbelangen (denk aan een besmettingsrisico wanneer de overledene besmet was met

---

84 Vgl. artikel 1 lid 1 onder i Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen 19 juni 2007, *Stb.* 2007, 238, laatstelijk gewijzigd via *Stb.* 2013, 177.

85 J.C.J. Dute e.a. 2009, p. 39.

86 Zie *Kamerstukken II* 2007/08, 30 696, nr. 9, p. 19.

hepatitis) aan de orde zijn. Maar hoe kunnen het uitnemen van pacemakers, geïmplanteerde elektrische defibrillatoren of protheses voorafgaand aan een crematie worden gerubriceerd?

Via een wijziging van artikel 71 Wet op de lijkbezorging (Wlb)[87] is thanatopraxie per 1 januari 2010[88] toegestaan, voor zover de conserverende behandeling ten hoogste tien dagen effect heeft en geen verwijdering van organen als bedoeld in de Wet op de orgaandonatie (WOD) zal plaatsvinden. Onduidelijk is echter wie tot thanatopraxie bevoegd is en in hoeverre eisen moeten gelden voor het opleidingstraject en de omschrijving van het deskundigheidsgebied. Artikel 71 lid 6 Wlb biedt thans de mogelijkheid om bij ministeriële regeling eisen te stellen aan de opleiding en vakbekwaamheid van deze professionals. Van die mogelijkheid is echter nog geen gebruik gemaakt. Daarmee ligt de bal feitelijk bij de beroepsgroep zelf. Het Nederlands Instituut voor Thanatopraxie (NIT) hanteert intussen kwaliteitseisen voor de opleidingen tot thanatopracteur en beheert een register van NIT-erkende thanatopracteurs. Deze erkenning volgt na succesvolle voltooiing van het bijbehorende opleidingstraject en ondertekening van de NIT-gedragscode. Praktiserende thanatopracteurs onderkennen het belang van breed gedragen opleidings- en vakbekwaamheidseisen en de noodzaak daar op gepaste wijze vanuit de uitvaartbranche vorm en inhoud aan te geven. Daarbij wordt tevens verwezen naar reguleringen in het buitenland (Engeland, Duitsland, België) waar binnen opleidingen tot balsemer/thanatoloog onder meer aandacht bestaat voor veiligheids- en milieueisen en kennis van de menselijke anatomie.[89]

Het antwoord op de vraag of regulering van het beroep thanatopracteur noodzakelijk is, valt binnen de kaders van deze wetsevaluatie wederom niet goed te geven. Daarvoor is allereerst nader onderzoek nodig. Het NIT zou in dit geval initiatieven daartoe kunnen ontplooien, waar nodig in afstemming met de genoemde Sectie Zorgberoepen en (zorg)opleidingen. De casus illustreert echter de mogelijke toepasselijkheid van de Wet BIG op aanpalende terreinen buiten het typische bereik van geneeskundige zorg aan de levende patiënt (vergelijk de obductie, die onder het bereik van de wet is gebracht met artikel 1 lid 2 aanhef en onder c).

Niet-reguliere zorgverlening

De vraag naar reglementering kan tevens worden gesteld in relatie tot de niet-reguliere hulpverlening. In dit verband is eerder ook wel gesproken van de paradox van de Wet BIG. Hiermee wordt bedoeld dat de wet de burger te weinig bescherming biedt waar dat juist wel nodig is – namelijk waar niet-gekwalificeerden werkzaam zijn – terwijl daar waar reglementering minder van belang lijkt de geldende regels juist onnodig juridiserend werken.[90]

87 Wet van 12 juni 2009, *Stb.* 2009, 320 behelst toevoeging van de leden 4, 5 en 6 aan artikel 71 Wlb.

88 Besluit van 19 november 2009, *Stb.* 2009, 501.

89 Vgl. *Jager overledenenverzorging*, www.balsemen.com. Hier zijn tevens links naar websites van buitenlandse instanties en beroepsorganisaties te vinden.

90 Zie Biesaart 2012a.

Een belangrijk effect van de invoering van de Wet BIG was indertijd dat het verlenen van niet reguliere zorg niet langer illegaal zou zijn, mits betrokkenen zich bij het verlenen van deze zorg niet zouden begeven op het terrein van de voorbehouden handelingen. Gesteld kan worden dat de meeste vormen van niet-reguliere zorgverlening – ondanks niet altijd voorhanden wetenschappelijke bewijzen voor de werkzaamheid – weinig serieuze schade voor de gezondheid met zich brengen. Daarnaast voorziet de legalisering van de niet-reguliere hulpverlening in een maatschappelijke behoefte. Menig zorgverzekeraar speelt via de aanvullende verzekering ook al in op de bestaande behoefte voor niet-reguliere behandelvormen via vergoedingsregelingen. Niettemin heeft een reeks incidenten in de afgelopen jaren[91] laten zien dat de werkwijze van sommige niet-reguliere zorgverleners en BIG-geregistreerde hulpverleners die niet-reguliere behandelvormen toepassen serieuze risico's voor de gezondheid van burgers kan opleveren. Dit werpt de vraag op of de eerdere keuze om beoefenaren van niet-reguliere behandelwijzen die niet tevens een BIG-gereguleerd beroep uitoefenen niet aan nadere wettelijke regels te onderwerpen, heroverweging verdient. Oftewel: kan met het huidige regime dat deze 'zuivere' niet-reguliere hulpverleners alleen onder de brede paraplu van artikel 1 lid 1 Wet BIG en onder de strafbepalingen van de wet vallen, worden volstaan om het publiek passende bescherming te bieden tegen onverantwoorde niet-reguliere zorg?

Voorop staat dat nu eenmaal niet alle vormen van niet-reguliere zorg reglementering behoeven. Tegelijk is een indeling in niet-reguliere zorgvormen waarbij reglementering nodig is en zorgvormen die dit kunnen ontberen niet eenvoudig te maken. Dat laat onverlet dat ook op niet-reguliere hulpverleners een maatschappelijke plicht tot goede zorg rust. Met betrekking tot de wijze waarop een dergelijke plicht in de Wet BIG verankerd zou kunnen worden, is eerder betoogd om de reikwijdte van artikel 40 Wet BIG zodanig te vergroten dat de wettelijke plicht tot verantwoorde zorg voor alle beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg geldt, dus ook voor de 'zuivere' niet-reguliere zorgverleners.[92] Daarmee zou het onderscheid tussen de eerder genoemde twee juridische categorieën van niet-reguliere hulpverlening voor wat betreft de gebondenheid aan wettelijke kwaliteitseisen wegvallen en de IGZ op grond van artikel 87a Wet BIG de mogelijkheid krijgen om op passende wijze tegen malafide niet-reguliere zorgverleners op te treden. Daarmee zou tevens de doorgehaalde, niet-regulier werkende voormalig artikel 3-beroepsbeoefenaar in beeld van het kwaliteitstoezicht blijven. Via artikel 40 lid 3 Wet BIG kan de Minister zo nodig aanvullende regels vaststellen, waarmee desnoods snel kan worden gereageerd op actuele ontwikkelingen.

Tegenstanders menen dat de uitbreiding van de reikwijdte van artikel 40 Wet BIG weinig soelaas biedt, omdat zich moeilijk laat vaststellen wanneer een bepaalde vorm van niet-reguliere zorg als verantwoorde zorg kan gelden. Hierdoor zou effectief toezicht en controle op dergelijke zorg worden

91 De bekendste daarvan is allicht de zaak Millecam. Zie HR 12 maart 2013, *LJN* BY4859, *GJ* 2013/83 (m.n. J.H. Hubben); Hof Amsterdam 16 december 2010, *LJN* BO7698, *GJ* 2011/80 (m.n. J.H. Hubben); Hof Amsterdam 9 april 2008, *LJN* BC9170, *GJ* 2008/117 (m.n. F.C.B. van Wijmen); CTG 19 juni 2007, *GJ* 2007/133 t/m 136 (m.n. F.C.B. van Wijmen); RTC Amsterdam 7 februari 2006, *GJ* 2006/52, *GJ* 2006/53 en *GJ* 2006/54 (m.n. J.H. Hubben). Zie anders ook Rb. Noord-Nederland zp. Groningen 21 maart 2013, *LJN* BZ9109, *GJ* 2013/85 (m.n. T.M. Schalken).

92 Zie Sluijters 2001. In dezelfde zin Kastelein 2005a. Voor een overzicht van de overige pleitbezorgers, zie Sluijters 2006, i.c. p. 356 noot 21.

bemoeilijkt. Daarnaast zou van het expliciteren van een criterium wanneer niet-reguliere zorgvormen onder verantwoorde zorg vallen, een onwenselijke erkenning van die zorg uitgaan, hetgeen een noodzakelijke scheiding tussen reguliere en niet-reguliere zorg zou belemmeren.[93] Sluijters[94] vindt dit geen groot bezwaar en ziet vooral voordelen in uitbreiding van het bereik van artikel 40 Wet BIG. Eerder heeft hij ook al voorgesteld om te komen tot een afzonderlijke meldings- en registratieplicht van niet-reguliere zorgverleners.[95]

Wat hier verder ook van zij,[96] in reactie op Kamervragen naar aanleiding van een Tv-uitzending waarin een zelfbenoemde genezer beweerde kanker te kunnen genezen, heeft de minister aangegeven een wijziging van de Wet BIG hier niet passend te vinden.[97] Achtergrond hiervan vormt een bepaling uit de derde nota van wijziging van het voorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz). Daarin[98] wordt gesteld dat een niet-reguliere zorgaanbieder[99] slechts zorg verleent *"die buiten noodzaak niet leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van een cliënt"*. Verder dient deze zorgaanbieder bij die zorg de rechten van de patiënt in acht te nemen en de patiënt ook overigens met respect te behandelen. Niet-reguliere zorgaanbieders die deze plicht verzaken, kunnen na de wetsaanpassing door de IGZ worden aangepakt. Vóór die tijd is dat helaas nog niet mogelijk, zo erkent de minister. Vanwege de voorgestelde overheveling van artikel 40 Wet BIG naar de toekomstige Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de (ook)[100] daarin aan te scherpen inhoud van het begrip 'verantwoorde zorg', al dan niet op geleide van aanbevelingen[101] van het Zorginstituut Nederland,[102] ligt het in de rede eventuele wijzigingen in het bereik van dit begrip in de geest van artikel 40 Wet BIG in die wetswijzigingsoperatie mee te nemen. Overziende de geschetste discussie moet worden geconcludeerd dat de voordelen van verbreding van de wettelijke plicht tot verantwoorde zorg – in de Wkkgz-terminologie 'goede zorg' – zodanig dat alle juridische categorieën van niet-reguliere hulpverleners in de individuele gezondheidszorg alsook instellingen waarin uitsluitend door niet-geregistreerde zorgverleners 'andere zorg' wordt verleend, daaraan

93 Zie De Beaufort & Raas 2005 en De Die 2008, p. 190-191.

94 Sluijters 2006, p. 356.

95 Sluijters 2001, p. 33.

96 Vgl. Leenen e.a. 2008.

97 Brief van de minister van 16 april 2013, kenmerk 106302-101050-MEVA.

98 Het betreft hier intussen artikel 2 lid 3 van het voorstel Wkkgz. Zie *Kamerstukken II* 2012/13, 32 402, nr. 12 en *Kamerstukken I*, 2012/13, 32 402, E.

99 Ingevolge artikel 1 lid 1 van het wetsvoorstel Wkkgz is deze omschreven als een solistisch werkende, niet-geregistreerde zorgverlener die andere zorg levert, dan wel een instelling die uitsluitend door niet-geregistreerde zorgverleners andere zorg doet verlenen. Hetzelfde artikellid verstaat onder 'andere zorg': handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg als bedoeld in artikel 1 van de Wet BIG, niet zijnde AWBZ-zorg of Zvw-zorg, alsmede handelingen met een ander doel dan het bevorderen of bewaken van de gezondheid van de cliënt. In het wetsvoorstel wordt gesproken over 'alternatieve zorg', maar in dit rapport is ervoor gekozen van 'niet-reguliere' zorg te spreken.

100 Eenzelfde aanscherping van dit begrip wordt doorgevoerd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Zie *Kamerstukken II* 2012/13, 32 402, nr. 11, p. 5.

101 Zie *Kamerstukken II* 2012/13, 33 243, nr. 9; *Kamerstukken II* 2012/13, 32 402, nr. 12; *Kamerstukken II* 2011/12, 33 243, nr. 2.

102 Zie *Kamerstukken II* 2012/13, 33 243, nr. 31.

onderworpen zijn, opwegen tegen de daartegen aan te voeren bezwaren.[103] Bovendien kunnen gesignaleerde en nog te signaleren bezwaren in het lopende wetswijzigingsproces worden weggenomen of verminderd.

Uit het empirisch onderzoek is niettemin gebleken dat er bij het publiek behoefte is aan regulering van de niet-reguliere zorgberoepen. De aanknopingspunten voor het reguleren van deze beroepen ontbreken evenwel, vooral omdat juist over het niet-reguliere deel van de zorg geen wetenschappelijke consensus bestaat en deskundigheid en domeinen zich daardoor niet eenvoudig in eenduidige termen laten vangen. Dit probleem is reeds vele malen gesignaleerd. In de voorliggende evaluatie hebben de onderzoekers geen aanleiding gevonden voor de verwachting dat het probleem op korte termijn nu wel valt op te lossen. Wel kan worden vastgesteld dat de zorgverzekeraars in de zorginkoop en hun aanvullende verzekeringen een begin van een kwaliteitsbeleid ontwikkelen, terwijl in de normstelling voor de zorgverlening de niet-reguliere zorgaanbieder onder de reikwijdte van de Wkkgz wordt gebracht. Hierdoor kunnen meer kwaliteitswaarborgen voor de zorgverlening worden gerealiseerd. Daarmee is de rechtsbescherming weliswaar niet op hetzelfde niveau als dat van de reguliere zorg gebracht, maar is toch een eerste stap gezet.

3.7.5 Ontwikkelingen rond de reglementering van beroepen

In paragraaf 3.7.2 zijn opvattingen van beroepsbeoefenaren en beroepsorganisaties over te reglementeren beroepen weergegeven. Het ontbreken van een duidelijke meerderheid voor wettelijke erkenning van een bepaalde titel kan erop duiden dat bij de meeste ondervraagden de toepasselijke criteria voor reglementering van een beroep onvoldoende bekend zijn. Reglementering moet de kwaliteit van de gezondheidszorg als geheel ten goede komen, een landelijk bereik hebben en nodig zijn ter bescherming van de patiënt tegen ondeskundige zorgverlening. Verbetering van het imago of de behoefte aan officiële erkenning vanuit de overheid is weliswaar een begrijpelijke, maar veelal niet de doorslaggevende grond voor reglementering van een beroep.

Reglementering van 'assistent-beroepen'

De suggestie van veel huisartsen (66%) dat de titel 'doktersassistent' wettelijke bescherming verdient, is opvallend nu het verzoek tot erkenning van dit beroep als artikel 34-beroep in 2005 nog werd afgewezen. De beroepsorganisatie van doktersassistenten (Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten, NVDA) ziet, met name door het belang van de triagefunctie van de doktersassistent, het feit dat de doktersassistent voorbehouden handelingen verricht met beperkte terugvalmogelijkheden en de toenemende zelfstandigheid van de doktersassistent bij een toenemende kwantiteit en complexiteit van zorgvragen, nog steeds voldoende gronden voor wettelijke bescherming van de titel 'doktersassistent'. Eveneens wordt aangegeven dat door een tekort aan doktersassistenten huisartsen niet-gediplomeerden aannemen, die vervolgens dezelfde taken vervullen.

103 De genoemde bezwaren hiertegen komen tot uitdrukking in het Amendement Leijten. Zie *Kamerstukken II* 2012/13, 32 402, nr. 57.

Frappant aan deze motieven voor titelbescherming is dat zij vooral verband houden met de wijze van praktijkvoering in de huisartsenzorg. De vraag is echter of bovengenoemde taken nog wel binnen het deskundigheidsterrein van de doktersassistent vallen en hier niet veeleer een verpleegkundige (HBO) op zijn plek zou zijn. Waar doktersassistenten voorbehouden handelingen verrichten met beperkte terugvalmogelijkheden rijst bovendien de vraag of men die handelingen dan wel mag/moet verrichten. De doktersassistent ontleent nochtans geen functionele zelfstandigheid aan artikel 39 Wet BIG en gewaarborgde terugvalmogelijkheden bij het in opdracht verrichten van voorbehouden handelingen zijn ingevolge de artikelen 35 lid 1 en 38 Wet BIG van belang voor de legitieme uitvoering van die handelingen. Daarnaast is het beroep doktersassistent niet bedoeld ter afhandeling van complexe zorgvragen. Door min of meer routinematige inzet van de doktersassistent in een toenemend complexere zorgomgeving kunnen ook al gauw risico's voor de patiëntveiligheid ontstaan. Kortom, voor zover de wens naar titelbescherming voor de doktersassistent eerder voortkomt uit een zorgpraktijk waarin mogelijk sprake is van zekere overspanning van diens taken en bevoegdheden bestaat veeleer behoefte aan aanscherpingen van de opleidingseindtermen dan aan titelbescherming *sec*. Allicht vindt de huidige inzet van de doktersassistent zijn voornaamste oorsprong in het fenomeen taakherschikking. Niettemin is ook hier van belang dat er voldoende besef bestaat van de grenzen van verantwoorde taakherschikking. Het is nodig zich te blijven afvragen of het leveren van verantwoorde zorg in gegeven omstandigheden steeds gewaarborgd is en of er met een feitelijk buiten het eigen deskundigheidsterrein (zie ook de artikelen 96 en 97 Wet BIG) treden veiligheidsrisico's worden gecreëerd. Het voorkomen van dit laatste is mede een taak van de huisarts.

De meeste heelkundigen (60%) vinden dat de titel 'operatieassistent' wettelijk beschermd zou moeten worden. Hetzelfde standpunt wordt uitgedragen door de beroepsorganisatie van operatieassistenten (Landelijke Vereniging van Operatieassistenten, LVO) Hierbij wordt verwezen naar de inmiddels cruciale rol van de operatieassistent in de operatieve zorg, waarin risicovolle handelingen en complexe technologische ontwikkelingen elkaar snel opvolgen. Dat aan het beroep van operatieassistent geen wettelijke eisen worden gesteld, komt de LVO tegen die achtergrond vreemd voor. Men ziet de operatieassistent dan ook als een steeds belangrijker geworden schakel in het bewaken van de kwaliteit en veiligheid van de operatiezorg. Toch blijft ook hier overeind of de bestaande verantwoordelijkheden van de operatieassistent (zoals die voor het achterblijven van operatiemateriaal) en het belang van kennis daarover bij de burger op zichzelf voldoende grond opleveren voor de gewenste titelbescherming.

In par 3.7.1 is reeds gewezen op de geldende maatstaven voor reglementering van een beroep. Door de reglementeringswensen van beroepsorganisaties te relateren aan die maatstaven en daarbij de maatstaven voor reglementering onder artikel 3 Wet BIG dan wel de niet-cumulatieve maatstaven voor reglementering krachtens artikel 34 Wet BIG te betrekken, wordt duidelijk dat sommige voorkeuren zich niet goed verhouden tot die maatstaven. Zo is voor de erkenning van de apothekersassistent als artikel 3-beroep meer nodig dan alleen de vaststelling dat voor deze beroepsgroep geen (wettelijke) verplichting bestaat om de professionele kennis op peil te houden. Gelet op de algemene reglementeringscriteria is het zeer de vraag of de farmaceutisch consulent wel door de wet bestreken moet worden. Verder lijkt niet voor iedereen duidelijk dat de verwezenlijking van wensen tot erkenning van een specialisme onder artikel 14 Wet BIG begint bij de beroepsorganisaties zelf en dat dit thans alleen haalbaar is voor de basisberoepen uit artikel 3.

Reglementering van medisch ondersteunende beroepen

Binnen de ziekenhuissector bestaan behalve medisch specialisten ook enkele beroepen die evenals de arts zitting hebben in het multidisciplinair team. Voorbeelden daarvan zijn de ziekenhuisapotheker, de laboratoriumspecialist klinische chemie en de klinisch fysicus. Alle drie zijn dit voorbeelden van beroepen die onmisbaar zijn in de ziekenhuiscontext en een eigen expertise en eigen verantwoordelijkheid kennen. Deze verantwoordelijkheid is echter steeds anders vastgelegd. De ziekenhuisapotheker is de enige die als artikel 3-beroep (apotheker) en als artikel 14 specialisme in de Wet BIG is vastgelegd. De klinisch fysicus is naar aanleiding van Europese regelgeving opgenomen in artikel 34. De laboratoriumspecialist klinische chemie is, afhankelijk van de vooropleiding, soms wel geregistreerd (als artikel 3 beroep) en soms niet. Zo'n 80% van de laboratoriumspecialisten klinische chemie in Nederland heeft een natuurwetenschappelijke vooropleiding, waardoor zij niet geregistreerd zijn.

Het is van belang dat nagedacht wordt over een eenduidige plek voor deze drie beroepen in de wet. Medisch specialisten dienen erop te kunnen vertrouwen dat als zij respectievelijk medicijnen aanvragen, lab-resultaten opvragen en omgaan met straling, zij daar op een verantwoorde wijze bij begeleid worden. De medisch specialist heeft niet (altijd) voldoende expertise om op deze gebieden volledig zelfstandig beslissingen te nemen, maar heeft daarbij begeleiding en advies nodig van een specialist op het desbetreffende gebied. De genoemde drie beroepen kunnen daarin voorzien, maar zijn niet in alle gevallen goed herkenbaar als specialist voor de praktijk. In het bijzonder de laboratoriumspecialist klinische chemie is niet goed herkenbaar. Verschillende beroepsorganisaties hebben op deze lacune gewezen. In alle wetgeving waar gesproken wordt over laboratoriumwerk, is aangegeven dat 'het laboratorium' voor dit werk verantwoordelijk is, en niet de laboratoriumspecialist klinische chemie.

Reglementering van beroepen in de geestelijke gezondheidszorg

Opmerkelijk is de geconstateerde overlap tussen de domeinen van de gezondheidszorgpsycholoog (artikel 3), de klinisch psycholoog (artikel 14) en de psychotherapeut (artikel 3). De beide artikel 3 beroepen (gezondheidszorgpsycholoog en psychotherapeut) zijn een specialisme van het niet geregistreerde beroep psycholoog. De beroepenstructuur van deze twee beroepen in de geestelijke gezondheidszorg wijkt af van andere in artikel 3 genoemde beroepen, andere beroepen, zoals de arts, kennen bijvoorbeeld een 'basisregistratie' met verschillende specialismen (artikel 14). In de praktijk bestaat veel onduidelijkheid tussen de psychotherapeut en één van de artikel 14-specialismen van GZ-psycholoog, de klinisch psycholoog. Dit leidt zowel voor patiënten als voor verwijzers tot onduidelijkheden. Volgens verschillende beroepsorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg zou het aan te bevelen zijn een eenduidige beroepenstructuur voor de psychologische beroepen in te voeren, zodat er minder onduidelijkheid in de praktijk ontstaat. Ook is door beroepsorganisaties geopperd dat de psychotherapeut een artikel 14 specialisme van de GZ-psycholoog zou kunnen worden.

Omwille van de duidelijkheid, zowel voor patiënten als voor verwijzers, is het raadzaam te inventariseren op welke onderdelen van de betrokken deskundigheidsterreinen de bewuste overlap

aan de orde is en welke opvattingen dienaangaande bestaan onder de betrokken beroepsorganisaties. Vervolgens kan worden beoordeeld binnen welk professioneel domein welke taken en deskundigheden het beste thuishoren. Of het aan de orde is om de huidige registers voor de gezondheidszorgpsycholoog en de psychotherapeut samen te voegen tot één register zal afhangen van de uitkomsten van de inventarisatie.

Reglementering van gespecialiseerde beroepsuitoefening

Een andere suggestie die vanuit de beroepsorganisaties is aangedragen, betreft de mogelijkheid tot reglementering van de gespecialiseerde beroepsuitoefening, na afronding van aanvullende scholing. Het gaat hierbij niet om specialismen ex artikel 14, maar om basisberoepen met bijzondere aandacht voor specifieke zorgvragen vanuit een bijzondere patiëntencategorie of met een speciaal aandachtsgebied. Binnen de verpleegkunde (astma/COPD-verpleegkundige, diabetesverpleegkundige, oncologieverpleegkundige) en de psychologie (psycholoog Arbeid & Gezondheid NIP, Lichaamsgericht Werkend psycholoog NIP, Eerstelijnspsycholoog NIP) zijn gespecialiseerde basisprofessionals nochtans geen uitzondering. Voorgesteld is via de ontwikkeling van profielen ruimte te creëren voor de wettelijke erkenning van aanvullende kwalificaties en die, geborgd door verenigingsregistraties, onder te brengen binnen het beroeps- en opleidingsgebouw van de Wet BIG. De transparantie van de beroepenstructuur en daarmee de werking van de Wet BIG zou hierdoor gunstig beïnvloed kunnen worden.

Beroepen binnen de tandheelkundige zorg

Op het gebied van de tandheelkundige zorg zijn werkzaam de tandarts (artikel 3), de mondhygiënist (artikel 34), de tandartsassistent en de preventiemedewerker (veelal een tandartsassistent met specifieke aanvullend scholing op het gebied van preventie en mondhygiëne). Andere beroepen op dit terrein zijn de tandtechnicus (niet gereglementeerd) en de tandprotheticus (artikel 34). Binnen de tandheelkunst zijn de orthodontist en de kaakchirurg als specialismen ex artikel 14 erkend.

De meest opvallende ontwikkeling van de afgelopen jaren is wellicht het aantal wijzigingen in het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist. Dit deskundigheidsgebied omvat onder meer het onderzoeken en beoordelen van de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen, het op basis daarvan opstellen van een behandelplan, het toepassen van mondhygiënische behandelingen ter voorkoming van gebitsaandoeningen of aandoeningen van het omringende weefsel, het maken van röntgenfoto's en het geven van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting.[104] Via een AMvB op basis van artikel 39 mag de mondhygiënist daarnaast functioneel zelfstandig lokale anesthesie toepassen door het geven van een injectie.[105] In 2006 is het takenpakket van de mondhygiënist verder uitgebreid. Naast zijn reguliere preventieve werkzaamheden mag de mondhygiënist in opdracht van de tandarts[106] nu ook boren en vullen.[107] Het meest in het oog

---

104 Besluit van 24 oktober 1997, *Stb.* 1997, 523.

105 Besluit functionele zelfstandigheid 29 oktober 1997, *Stb.* 1997, 524, zie artikel 4.

106 Het gaat hier dus niet om zelfstandig 'boren en vullen'. Zie *Kamerstukken II* 2000/01, 27 400 XVI, nr. 74, p. 11, vraag 38.

springend is evenwel dat sinds dat jaar tevens het vereiste van een verwijzing door de tandarts voor wat betreft het gebitsonderzoek, het screenen op tandheelkundige afwijkingen, enkele preventieve mondzorgkundige behandelingen en het geven van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting is vervallen. Daarmee is de zelfstandige toegankelijkheid van de mondhygiënist vergroot. Voor het toepassen van ioniserende straling in het kader van het gebitsonderzoek (röntgenfoto's maken), het toepassen van lokale anesthesie via injecties met middelen ten behoeve van geleidings- of infiltratie-anesthesie ter ondersteuning van gebitsonderzoek en het prepareren van primaire caviteiten ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen blijft de opdracht van een tandarts vereist.

Tegen deze achtergrond en mede gelet op de eerdere adviezen van de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg (Commissie Lapré)[108] en de Commissie Innovatie Mondzorg (Commissie Linschoten)[109] en de overwegend positieve reacties daarop van beroepsorganisaties, (koepel)organisaties van opleidingen in de tandheelkundige zorg alsmede het toenmalige kabinet,[110] rijst de vraag of het aan de orde is het beroep mondhygiënist, thans een artikel 34–beroep, op te waarderen tot een artikel 3–beroep. De twee belangrijkste criteria hiervoor zijn de behoefte aan publiekrechtelijk tuchtrecht voor het beroep en de behoefte aan toekenning van een zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van voorbehouden handelingen.

Onmiskenbaar vergroot de zelfstandige toegang tot de mondhygiënist de afhankelijkheid van de patiënt van deze hulpverlener. Ofschoon de mondhygiënist blijkens artikel 36 Wet BIG geen voorbehouden handelingen zelfstandig mag uitvoeren, schuilt tevens in de uitbreiding van het aantal verrichtingen waarvoor de mondhygiënist jegens de patiënt direct verantwoordelijkheid draagt een grond voor heroverweging van de positie van de mondhygiënist als artikel 34–beroep. Er is in dat kader dan ook sprake van een verhoogd publiek belang bij bewaking van de kwaliteit van deze zorgverlening. Niettemin moet in het kader van een eventuele opwaardering ook rekening worden gehouden met de beschikbaarheid van goed hanteerbare gedragsnormen,[111] of er andere correctiemiddelen in de sfeer van de arbeidsverhoudingen bestaan, of door de beroepsorganisatie van mondhygiënisten een vorm van intern tuchtrecht wordt gehanteerd en in welke zin en mate over het beroepsmatig functioneren van mondhygiënisten wordt geklaagd.[112] Over het functioneren van de verenigingstuchtrechtspraak binnen de Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënisten (NVM)[113] valt

107 Wijzigingsbesluit Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en van het Besluit functionele zelfstandigheid 21 februari 2006 (wijziging opleiding en deskundigheidsgebied mondhygiënist*), Stb.* 2006, 147.

108 Adviesgroep Capaciteit Mondzorg 2000.

109 IOO Advies Innovatie in de Mondzorg 2006.

110 Voor een overzicht Dorscheidt 2008, 39-44.

111 Zie voor de Gedragscode voor Mondhygiënisten, Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënisten, *www.mondhygienisten.nl/images/stories/Diversen/gedragscode%20nvm.pdf* De Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënisten (NVM) voert verder een eigen KwaliteitsRegister Mondhygiënisten (KRM). Zie hieromtrent KRM, Kwaliteitsregister Mondhygiënisten, *www.kwaliteitsregistermondhygienisten.nl*

112 Vgl. *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 70.

113 Zie NVM, *www.mondhygienisten.nl/index.php/over-de-nvm*

vooralsnog weinig te zeggen nu dit tuchtrecht pas sinds voorjaar 2013 is ingevoerd. Uit de klachtenregeling voor mondhygiënisten volgt dat het geringe aantal klachten (waaronder slechts 1 klacht in 2012) vooral betrekking heeft op financiële kwesties en bejegening, en nauwelijks op de inhoud van de zorg. Tegelijk blijkt uit de mondhygiënische praktijk dat deze beroepsbeoefenaar praktische hinder ondervindt van de opdrachtconstructie via de tandarts, bijvoorbeeld bij het verlenen van mondzorg aan jeugdigen en ouderen, bij het behandelen van primaire cariës of behandelingen waarbij het toepassen van anesthesie of het maken van foto's nodig is. Door voor zulke afzonderlijke verrichtingen telkens aparte toestemming van de tandarts te moeten verkrijgen, wordt het mondhygiënisch behandelproces soms onnodig onderbroken. Dit komt de continuïteit van de mondhygiënische zorg niet ten goede, aldus de NVM.[114] Daar staat tegenover dat onder tandartsen verdeeldheid bestaat over het nut en de noodzaak van het vergroten van de professionele zelfstandigheid van mondhygiënisten en de mate waarin dit risico's voor de patiëntveiligheid met zich brengt.

Een manier waarop de keuze voor een verzelfstandiging van de mondhygiënische zorg op zijn effecten kan worden onderzocht, is door voor de mondhygiënist een experimenteerregeling krachtens artikel 36a Wet BIG in het leven te roepen. Aldus zou dit beroep gedurende een nader te bepalen periode bevoegd kunnen worden verklaard om bepaalde handelingen als experiment geheel zelfstandig uit te voeren, onder een afgebakende tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid. Afhankelijk van de uitkomsten van dit experiment kan dan worden bepaald in hoeverre de mondhygiënist als een vrijwel autonoom werkende professional van toegevoegde waarde is in de individuele mondzorg.

Verpleegkundige en verzorgende beroepenstructuur

Tegen de achtergrond van een toenemende zorgvraag en de groei van de groep kwetsbare ouderen en chronisch zieken is in het rapport 'Leren voor de toekomst'[115] van de Stuurgroep Verpleegkundigen & Verzorgende 2020 nagegaan welk beroepsperspectief voor huidige en toekomstige verpleegkundigen en verzorgenden het meest herkenbaar, passend en ook aantrekkelijk is. Op basis van ervaringen uit de verpleegpraktijk, ontwikkelingen binnen de verpleegwetenschap en een internationale oriëntatie is een drietal beroepsprofielen[116] uitgewerkt. Daarbij is rekening gehouden met de verwachte toekomstige opgaven van verpleegkundigen en verzorgenden en heeft ook het besef van lopende veranderingsprocessen[117] een rol gespeeld. Via nieuwe beroepsprofielen voor de verpleegkundig specialist, de verpleegkundige en de 'zorgkundige' (een nieuw te vormen MBO-beroep voortkomend uit de samenvoeging van de eerdere verpleegkundige van niveau 4 en de verzorgende IG) kiest de Stuurgroep voor een aangepaste beroepenstructuur, die gericht is op het verbeteren van de kwaliteit van de verpleegkundige en verzorgende beroepsuitoefening en het waarborgen van de bijbehorende opleidingskwaliteit. Hierbij wordt benadrukt dat de bepleite beroepenstructuur niet die van morgen is, maar die van het jaar 2020. Teneinde deze structuur tegen die tijd operationeel te

114 Gesprek met de NVM.

115 Lambregts & Grotendorst 2012.

116 Zie Lambregts e.a. 2012a, Schuurmans e.a. 2012, Lambregts e.a. 2012b.

117 Zie hierover in juridisch opzicht Van Meersbergen 2012.

hebben, dient volgens de Stuurgroep een aantal stappen te worden gezet, namelijk wettelijke verankering van de nieuwe beroepsprofielen en erkenning van de 'zorgkundige' als artikel 34-beroep, concretisering van de beroepsprofielen naar de werkvloer en verdiscontering van de profielen in de geldende opleidingseisen en in verpleegkundige en verzorgende curricula. Voor de verwezenlijking van deze stappen is een adequate overgangsregeling nodig, een capaciteitsprognose omtrent de te verwachten inzet van verpleegkundig en verzorgend personeel alsmede nadere wetenschappelijk studie naar het functioneren van de beroepsgroep in de volle breedte.

In een reactie op het rapport 'Leren voor de toekomst' heeft de MBO-Raad aangegeven onvoldoende betrokken te zijn geweest bij de ontwikkeling van de V&V2020-Beroepenstructuur, zoals onder meer zou blijken uit de voorgestelde vertaling van beroepsprofielen in beroepscompetentieprofielen en in opleidingsprofielen. Afgezien van ogenschijnlijk ontbrekende marktanalyses op het terrein van de MBO-verpleegkundige en de verzorgende IG en ontwikkelingen binnen het betrokken opleidingsveld, vindt de MBO-Raad ook de keuze voor de naam 'zorgkundige' om diverse redenen ongelukkig en voorbarig. Voorgesteld wordt om bij de vaststelling van een toekomstige verpleegkundige en verzorgende beroepenstructuur de hele keten van zorgberoepen in de verzorgende, verwante sociaal-agogische en verpleegkundige beroepsuitoefening in ogenschouw te nemen. Aan de hand van een nieuw te benoemen commissie zou het bijbehorende vervolgproces gestalte moeten worden gegeven.[118]

Ook vanuit de Brancheorganisaties Zorg (Actiz, GGZ Nederland, NFU, NVZ en VGN) is gereageerd op het rapport van de Stuurgroep V&V2020.[119] Zij stellen vast dat de toekomstige zorgvraag leidend moet zijn bij de invulling van een nieuwe beroepenstructuur. Niettegenstaande het feit dat er ook binnen de brancheorganisaties zowel gezamenlijke als verschillende opvattingen bestaan over de gewenste toekomstige positionering van de verpleegkundigen, verzorgenden en aanverwante beroepen, onderkent men de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een adequate V&V-beroepenstructuur in de zorg. Met het oog daarop geven de brancheorganisaties de voorkeur aan een ruimer tijdpad voor de besluitvorming over het rapport van de Stuurgroep V&V2020. Die besluitvorming wordt pas aan de orde geacht wanneer meer duidelijkheid bestaat over de consequenties van het voorgestelde V&V-beroepenhuis voor cliënten, werknemers en werkgevers, over de financiële gevolgen en arbeidsmarktgevolgen en over het bestaande draagvlak voor de nieuwe beroepenstructuur. Gepleit wordt daarom voor een tweejarige onderzoeks- en voorbereidingsfase, waarin onder meer aandacht bestaat voor de naamgeving van de MBO-4 zorgprofessional, diens eventueel te behouden tuchtrechtelijke aansprakelijkheid, vergelijkend onderzoek tussen de diverse beroepscompetentieprofielen alsmede het opstarten van een aantal experimenten in zorgorganisaties. Bespreking van alle resultaten van deze onderzoeks- en voorbereidingsfase dient te resulteren in een finaal voorstel voor een nieuwe beroepenstructuur V&V dat is afgestemd met de agogische beroepenstructuur en tevens voorstellen bevat voor een overgangsregime en bijkomende implementatieaspecten.

118 MBO-Raad, brief van 28 september 2012 (beleidsreactie aan de minister), kenmerk NAD/217122/2012.

119 Brancheorganisaties Zorg, brief d.d. 28 januari 2013 (reactie aan de minister), kenmerk 130128/JSp/MV.

3.7.6 Periodieke registratie

Zoals reeds opgemerkt, is op 1 januari 2009 voor fysiotherapeuten, verpleegkundigen en verloskundigen (de eerste tranche-beroepen), en op 1 januari 2012 voor de overige artikel 3-beroepen (de tweede tranche-beroepen) de termijn voor periodieke registratie (ook wel herregistratie) ingegaan. Doel van de periodieke registratie is om de geldigheid van de inschrijving in het BIG-register te koppelen aan een periode van vijf jaren. Om na die termijn opnieuw voor registratie in aanmerking te komen, moet zijn voldaan aan toepasselijke ervarings- en/of bijscholingseisen. Voor de eerste tranche-beroepen is de peildatum voor herregistratie onlangs gecorrigeerd naar 1 juli 2014,[120] voor de tweede tranche-beroepen is dat 1 januari 2017.

Als werkervaringseis voor alle artikel 3-beroepen, met uitzondering van de psychotherapeuten en de gezondheidszorgpsychologen,[121] geldt dat in de registratieperiode van vijf jaren minimaal 2080 uren moet zijn gewerkt. Dat komt neer op een gemiddelde van 8 uren per week. Waar deze eis niet wordt gehaald, is aanvullende scholing nodig. Via ministeriële regeling wordt nader vastgesteld welke werkzaamheden meetellen bij de berekening van het aantal relevante werkuren. Duidelijk is dat het hierbij moet gaan om werkzaamheden op het gebied van de individuele gezondheidszorg, die bovendien vallen binnen het eigen deskundigheidsterrein.[122] Vooralsnog onduidelijk lijkt echter welke concrete werkzaamheden gedurende de werkervaringsperiode al dan niet structureel moeten zijn verricht om van ‘relevante werkervaring’ te kunnen spreken. Werkervaring is immers niet automatisch relevant omdat zij een bepaalde urenbesteding omvat. De vraag is derhalve of, gezien de doelstelling van de periodieke registratie, de inhoud van de ervaringseis nadere precisering behoeft.

Met de periodieke registratie wordt verder beoogd een minimumniveau van kwaliteit van beroepsuitoefening te waarborgen. Dit minimumniveau staat gelijk aan het eindniveau van de initiële opleiding. Opvallend is dat de periodieke registratie niet bedoeld is voor deskundigheidsbevordering. Het vereiste kennisniveau voor periodieke registratie van een basisberoep blijft beperkt tot het initiële opleidingsniveau; dit, ofschoon het belang van deskundigheidsbevordering ook voor basisberoepen niet wordt ontkend. Binnen de specialismen van deze beroepen bestaat een apart stelsel van herregistratie met hogere eisen dan die welke gelden voor de periodieke registratie van het basisberoep. Specialisten voor wie erkenning als specialist al tijdgebonden is krachtens de specialistenregeling van de betrokken beroepsorganisatie hoeven niet te voldoen aan de eisen voor periodieke registratie van het basisberoep.[123]

Men kan zich afvragen of met dit systeem van periodieke registratie van een basisberoep de doelstelling van deze onderneming ten volle kan worden bereikt. Te voorkomen is nochtans dat de

120 Zie Regeling van 17 juli 2013 (ministerie van VWS, kenmerk 32101-106842-MEVA), houdende wijziging van Regeling periodieke registratie Wet BIG in verband met enige uitzonderingen voor het beroep verpleegkundige, *Stcrt.* 2013, nr. 21 060, 26 juli 2013.

121 Voor deze beroepen geldt een werkervaringseis van minimaal 3120 uren. Zie artikel 3 lid 1 Besluit periodieke registratie, *Stb.* 2011, 433.

122 Zie Besluit periodieke registratie, *Stb.* 2011, 433 (nota van toelichting).

123 Zie Besluit periodieke registratie, *Stb.* 2011, 433 (nota van toelichting).

gehele operatie in werkelijkheid slechts een loze verantwoording van urenbesteding behelst en bijgevolg calculatiegedrag in de hand werkt. Of het systeem daadwerkelijk toegevoegde waarde heeft in het licht van het concept van verantwoorde zorg, hangt dan ook sterk af van de ambitie van het systeem en de mate waarin zijn bouwstenen (lees: de eisen voor registratie) het waarmaken van die ambitie mogelijk maken. Tegen deze achtergrond valt te betwijfelen of het verstandig is het instrument van de periodieke registratie enkel in dienst te stellen van het deskundigheidsonderhoud bij de beroepsuitoefening en daarbij niet tegelijk ook deskundigheidsbevordering aan te sturen. Waar kwaliteitsverbetering van de zorg mede wordt beschouwd als een voortdurend inspelen op veranderingen in zorgprocessen en het meegaan in de technologische vooruitgang, valt met een periodiek registratiesysteem dat vooral toeziet op consolidatie van zorgkwaliteit in wezen moeilijk te volstaan.

Wanneer periodieke registratie tevens gericht is op verbetering van de individuele gezondheidszorg en niet alleen focust op bestendiging van de bestaande kwaliteit van de zorgverlening ligt het in de rede dat de periodieke registratie-eisen van een andere (lees: hogere) orde zijn dan die gelden voor de initiële BIG-registratie. De BIG-registratie van een pas afgestudeerde beroepsbeoefenaar bevestigt slechts dat iemand over de beginkwalificaties voor verantwoorde beroepsuitoefening beschikt. Daarbij mag worden verwacht dat het in de loop van iemands professionele ontwikkeling binnen een basisberoep niet bij die basiskwalificaties blijft. Deze redelijkerwijs te verwachten professionele ontwikkeling zou in de eisen voor periodieke registratie moeten zijn verdisconteerd. Bijgevolg zou het verschil tussen de kwalificaties van een beginnend beroepsbeoefenaar – de zogenoemde eindtermkwaliteit – en diens na vijf jaren te verwerven dan wel te veronderstellen kwalificaties als ervaren beroepsbeoefenaar - de zogenoemde zorgoperationele kwaliteit – in de huidige ervarings- en/of bijscholingseisen genoegzaam tot uitdrukking moeten komen. Een progressief periodiek registratiesysteem verheldert daarbij welke progressie in de kwaliteit van de beroepsuitoefening van een basisberoep via naleving van de huidige ervarings-en/of bijscholingseisen kan worden gerealiseerd. Deze progressie correspondeert dan met een nader te omschrijven verschil tussen eindtermkwaliteit en zorgoperationele kwaliteit van beroepsuitoefening. Deze omschrijving behoort aanknopingspunten te bieden voor de relevante urenbesteding gedurende een lopende registratieperiode alsook voor de inhoud van te accrediteren bij- en nascholingstrajecten.

Ten aanzien van de specialistenregeling heeft het College Geneeskundig Specialisten (CGS), belast met het opstellen van regelgeving op het terrein van herregistratie, een vergelijkbaar geluid laten horen. Volgens het CGS zijn de herregistratie-eisen aan herziening toe,[124] te meer omdat via het herregistratiesysteem tevens een bijdrage aan de kwaliteitsbewaking mogelijk is.[125] Naast de gangbare eisen, die ervoor moeten zorgen dat specialisten (en profielartsen) binnen hun eigen werkterrein over voldoende expertise beschikken en naar behoren functioneren, wil het CGS toe naar een vorm van summatieve toetsing van individueel functioneren. Deelname aan die toetsing, die

124 Zie eerder ook Beuker e.a. 2008.

125 KNMG, *Commissie Herregistratie*, knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-Registratie/CGS-1/Actuele-themas-CGS/Herregistratie.htm, evenals KNMG, *Herregistratie toetsen van meedoen of goed doen*, knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-Registratie/CGS-1/CGS-artikel/Herregistratie-toetsen-van-meedoen-of-goed-doen.htm

uitgevoerd zou moeten worden door de wetenschappelijke verenigingen, zou verplicht moeten zijn. In de visie van het CGS geldt de huidige norm van 200 uur nascholing in vijf jaar weliswaar als afdoende, maar bestaat daarin te weinig aandacht voor competenties die nodig zijn voor een veilige en kwalitatief toereikende uitoefening van het specialisme. Daarnaast kan de breedte in de scholing worden verbeterd. Een vorm van visitatie zou eveneens een eis voor herregistratie kunnen zijn. De toetsing aan de herregistratie-eisen door de RGS[126] zou daarom meer moeten plaatsvinden aan de hand van concreet omschreven (soorten) werkzaamheden gerelateerd aan iemands deskundigheid, eventueel gekoppeld aan een nader te noemen locatie en uitgedrukt in een dag- en dienstspecifieke tijdsbesteding. Het CGS werkt intussen aan nadere concretisering van haar visie.

Tot op zekere hoogte moet worden onderkend dat bij de vaststelling van de eisen voor herregistratie rekening is te houden met wat voor consciëntieuze professionals in een doorgaans drukke werkomgeving haalbaar is. Wie consistent zijn beroep op behoorlijk niveau uitoefent, zal de herregistratieverplichting mogelijk als een nodeloos tijdverlies ervaren. Doel van de periodieke registratie zou echter ook moeten zijn dat zij die zich aan de ondergrens van die registratie-eisen bevinden en daarmee te weinig zorgoperationele kwaliteit kunnen garanderen op het voor hen haalbare functioneringsniveau worden getoetst en bij te gering gebleken kwaliteitswaarborgen uit de beroepsuitoefening worden geweerd. Eerbiediging van het belang van patiëntveiligheid vergt dat de eisen voor herregistratie niet te licht zijn, maar op een behoorlijk zorgniveau aankoersen en tegelijk (mede) gericht zijn op verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Tegen deze achtergrond is het aan te bevelen dat aan de vereisten voor periodieke registratie ten minste de eis van participatie in een aangewezen vorm van intercollegiale toetsing wordt toegevoegd.

Onduidelijk lijkt vooralsnog wat gaat gebeuren als een beroepsbeoefenaar de vereiste herregistratie niet kan verwezenlijken. Feit is dat iemand dan zijn recht op het voeren van de wettelijk beschermde titel verliest en daarmee tevens alle aan die hoedanigheid gekoppelde taken en bevoegdheden. Dit recht kan herleven indien na de registratietermijn alsnog aan de gestelde eisen voor periodieke registratie wordt voldaan. De vraag is hoe zorginstellingen zullen omgaan met personeel dat geen periodieke registratie realiseert en daarmee een situatie creëert waarin de wettelijke basis voor hun beroepsuitoefening ontbreekt. Te onderscheiden valt hierbij tussen beroepsbeoefenaren die geen periodieke registratie meer ambiëren (bijvoorbeeld vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd) en zij die hun beroep willen blijven uitoefenen, maar dat door een uitblijvende BIG-registratie voorlopig niet meer mogen. Veel aanstellingen van artikel 3-zorgpersoneel zullen slechts gelden op voorwaarde van een BIG-registratie. Ook wanneer een aanstelling bij een niet gerealiseerde periodieke registratie in stand blijft met het oog op een binnen redelijke termijn alsnog te realiseren registratie heeft deze voorlopig uitblijvende BIG-registratie gevolgen voor de taakverdeling op de werkvloer. In hoeverre zich na 1 juli 2014 bijzondere

126 De RGS voert regels uit van het College Geneeskundige Specialismen (CGS) rond (her)registratie van geneeskundig specialisten en profielartsen, de registratie bij opleiding tot geneeskundig specialist en profielarts en de erkenning van opleiders en opleidingen. Zie nader KNMG, *Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten,* knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-Registratie/RGS-1.htm

arbeidsrechtelijke knelpunten gaan voordoen, zal moeten worden afgewacht.[127] Strikt genomen vallen dergelijke knelpunten buiten het blikveld van de BIG-wetgever.

De "arts niet praktiserend"

In artikel 2 lid 4 Besluit periodieke registratie is vastgelegd dat iemand die niet aan de eisen voor periodieke registratie voldoet en bijgevolg is doorgehaald in het BIG-register, maar waarbij die doorhaling geen verband houdt met een ondercuratelestelling, een strafrechtelijke ontzetting uit het beroep, buitenlandse bezwaren tegen een inschrijving, dan wel een tuchtrechtelijke schorsing van inschrijving, zijn gewezen titel mag blijven voeren mits die wordt gevolgd door de toevoeging 'niet praktiserend'. Deze regeling volgde op bezwaren vanuit de medische beroepsgroep tegen een dreigend verlies van de artsentitel indien niet aan de eisen voor periodieke registratie zou kunnen worden voldaan. De toenmalig bewindspersoon had begrip voor dat standpunt.[128] Het voorstel om in bedoelde gevallen de afkorting 'np' achter de artsentitel te voeren, werd echter niet overgenomen, omdat niet op voorhand duidelijk was dat gebruikmaking van deze afkorting niet tot misverstanden zou leiden met betrekking tot de deskundigheid en bevoegdheden.

De "arts niet praktiserend" is niet (meer) bevoegd tot het verrichten van voorbehouden handelingen ex. artikel 36 Wet BIG, waaronder het voorschrijven van medicijnen, noch tot het verrichten van andere aan het voeren van de artsentitel verbonden handelingen. Heeft de aanhoudende gebruikmaking van de artsentitel in dit verband dan niet een oneigenlijk karakter? Onmiskenbaar is dat een "arts niet praktiserend" of ieder andere beroepsbeoefenaar van een artikel 3-beroep met deze toevoeging niet meer in het BIG-register geregistreerd is. Het blijven hanteren van een (gewezen) titel kan mogelijk verwarrend werken, niet alleen voor het publiek maar ook voor betrokkenen zelf. De vraag is hier of het belang van een zuivere omgang met titulatuur, mede ook met het oog op de doelbereiking van het geldende titelbeschermingsregime, vergt dat potentieel verwarring scheppende gebruikmaking van titels moet worden tegengegaan.[129]

Voor de goede orde: de titel 'arts' is in zijn kern een hoedanigheid die gebaseerd is op een eerder verworven academische kwalificatie, namelijk die van doctorandus (drs.) in de medische wetenschappen, respectievelijk van Master of Science (MSc.). Verlies van de titel 'arts' laat deze inherente academische kwalificatie onaangetast, maar leidt wel tot vergaande beperkingen in de professionele handelingsruimte. Vanwege het ingrijpende karakter van die beperkingen is de "arts niet praktiserend" welbeschouwd geen arts meer en heeft de aanduiding in wezen alleen symbolische

127 Te verwachten is dat de ervaringen na 1 juli 2014 arbeidsrechtelijke leermomenten voor de periode na 1 januari 2017 opleveren.

128 *Kamerstukken I* 2006/07, 30 463, J.

129 Zo is niet iedere arts die zich 'dokter' noemt, een doctor in de zin van de artikelen 7.18 en 7.22 WHW. De term 'dokter' is geen beschermde titel, maar een in het spraakgebruik gangbare aanduiding van een medicus. Deze aanduiding kan echter ten onrechte de indruk wekken dat iemand is gepromoveerd en de doctorsgraad heeft verworven.

betekenis. Gelet op de significante gevolgen van het verlies van de artsentitel[130] is de vraag of het belang van gebruikmaking van de aanduiding “arts niet praktiserend” opweegt tegen het belang van te voorkomen verwarring. Of herziening van de regeling in artikel 2 lid 4 Besluit periodieke registratie nodig is, lijkt echter sterk afhankelijk van de aard en de omvang van door artsen ‘niet praktiserend’ verrichte werkzaamheden en de mate waarin daarbij serieuze risico’s voor de patiëntveiligheid aan de orde zijn.

130 Anders dan bij de jurist die met het verlies van zijn toelating tot de advocatuur zijn graad van Meester in de rechten (mr.) behoudt, doch alleen geen werkzaamheden als advocaat meer mag verrichten, betekent het verlies van de artsentitel voor de medicus dat daarmee ook anderszins voorzetting van de medische beroepsuitoefening amper mogelijk is.

4

Opleidingseisen en deskundigheid

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het wettelijk stelsel van opleidingen en gebieden van deskundigheid van beroepen in de individuele gezondheidszorg. Eerst wordt de wettelijke systematiek van opleidingseisen en deskundigheid (paragraaf 4.2) besproken, waarna een juridische analyse volgt van de opleidingseisen die in de Wet BIG gesteld worden en de vormgeving van opleidingen op dit moment (paragraaf 4.3). Daarna worden de praktijk van opleidingen alsook de ervaringen en opvattingen van zorgverleners, instellingen en zorgverzekeraars in kaart gebracht en geïnterpreteerd (paragraaf 4.4 tot en met 4.6). Na uiteenzettingen over de regulering van opleidingen en de vorm, inhoud en betekenis van de bij of krachtens de wet omschreven deskundigheidsgebieden (paragraaf 4.7) wordt stilgestaan bij de betekenis van competenties in opleidingen (paragraaf 4.8). Afgesloten wordt met enkele korte opmerkingen over het opleidingsstelsel in Europees perspectief (paragraaf 4.9).

4.2 De wettelijke systematiek van opleidingseisen en deskundigheid

De van overheidswege gegarandeerde kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg is gekoppeld aan het succesvol doorlopen van een nader omschreven opleidingstraject. Een dergelijk opleidingstraject is gericht op het behalen van specifieke eindtermen die zijn afgestemd op de omschrijving van het desbetreffende deskundigheidsterrein. Het voltooien van zulk een opleidingstraject kent het perspectief van het voeren van een wettelijk beschermde titel, die het publiek beoogt te verduidelijken welke expertise van de bewuste beroepsbeoefenaar verwacht mag worden. Tot die expertise wordt tevens gerekend de bekwaamheid die nodig is om de handelingen binnen het eigen deskundigheidsterrein naar behoren te verrichten. Waar die bekwaamheid ontbreekt, is de bevoegdheid tot het verrichten van die handelingen niet langer voorhanden.

De eindtermen voor opleidingen tot de artikel 3-beroepen zijn geconcretiseerd in (de bijlagen van) de bij AMvB vastgestelde opleidingseisen.[131] Daarnaast wordt bij of krachtens de wet een omschrijving gegeven van het deskundigheidsgebied van deze beroepen. Opvallend is dat de wettelijke omschrijving van het deskundigheidsgebied van de arts (artikel 19) en van de tandarts (artikel 21) slechts een synonieme aanduiding is. In de via AMvB uitgewerkte opleidingseisen voor artsen en tandartsen zijn geen aparte paragrafen inzake deskundigheidsgebieden opgenomen.[132] Daarmee wordt de indruk gewekt alsof evident is wat onder geneeskunst respectievelijk tandheelkunst moet worden begrepen. Mede voor de ontwikkelingen rond taakherschikking werkt deze situatie evenwel niet verhelderend. Ten aanzien van de verloskundige (artikel 31)[133] en de fysiotherapeut (artikel 29)[134] is het deskundigheidsgebied expliciet uitgewerkt in de corresponderende AMvB. Voor de overige artikel 3–beroepen zijn de toepasselijke deskundigheidsgebieden met een korte indicatie in de wet weergegeven.

Belangrijk voor de structurering van de opleiding geneeskunde is tevens het Raamplan Artsenopleiding 2009.[135] Dit Raamplan beschrijft de eindtermen van de initiële universitaire opleiding tot arts als competentiedomeinen, waarin een arts in diverse beroepssituaties moet kunnen functioneren. De eindtermen zijn in algemene zin omschreven en te beschouwen als een minimumpakket van eisen om de maatschappij, en in het bijzonder de patiënt, te verzekeren van het niveau waarop een afgestudeerde arts als beginnend beroepsbeoefenaar kan functioneren. De idee van competenties als referentiepunten voor de structuur van initiële medische opleidingen komt voort uit het Canadese CanMEDS 2005-Model.[136] Daarin is een zevental basisgebieden van medische competenties als bijzondere kwalificaties van de bekwame arts verwoord. Tot deze competenties behoren medische expertise, communicatieve vaardigheden, teamgeest, organisatorische vaardigheden, stimulator van gezond gedrag, wetenschappelijke attitude en professionaliteit. In het in 2011 gewijzigde Besluit opleidingseisen arts[137] is het stramien van het CanMeds-model verdisconteerd. De gedachte van rollen en beroepscompetenties als richtlijn voor de

---

131 Besluit opleidingseisen verpleegkundige 6 juli 2011, *Stb.* 2011, 365; Besluit gezondheidszorgpsycholoog 17 maart 1998, *Stb.* 1998, 156; Besluit psychotherapeut 17 maart 1998, *Stb.* 1998, 155; Besluit opleidingseisen apotheker 3 september 1997, *Stb.* 1997, 438.

132 Zie Besluit opleidingseisen arts 19 juli 1997, *Stb.* 1997, 379, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 26 augustus 2010, *Stb.* 2010, 704. Besluit opleidingseisen tandarts, 3 oktober 1997, *Stb.* 1997, 480.

133 Zie artikel 5 Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied verloskundige 3 juli 2008, *Stb.* 2008, 300, gewijzigd – inclusief artikel 5 lid 2 en 3 – bij besluit van 10 juni 2009, *Stb.* 2009, 285. Zie tevens *de KNOV-Beroepscode voor verloskundigen*, www.knov.nl (zie verloskundigen, daarna richtlijnen).

134 Zie artikel 5 Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied fysiotherapeut 13 oktober 1997, *Stb.* 1997, 516, gewijzigd – inclusief artikel 5 lid 1 – bij besluit van 6 juli 2011, *Stb.* 2011, 364. Zie tevens *het KNGF-Beroepsprofiel Fysiotherapeut 2005*, www.kngf.nl (zie Centraal Kwaliteitsregister).

135 Van Herwaarden e.a. 2009.

136 Zie *Royal College of physicians and surgeons of Canada,* www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework In het najaar van 2012 startte het Royal College een driejarig project bedoeld ter actualisering van het CanMEDS Physician Competency Framework. De beoogde update wordt verwacht in 2015.

137 *Stb.* 2010, 704.

opleidingseindtermen is al eerder beschreven en ook uitgewerkt voor onder andere de opleidingen[138] tandarts, verloskundige, verpleegkundige (HBO)[139] en enkele artikel 34-beroepen.[140]

Voor artikel 34–beroepen zijn de opleidingseisen en de omschrijvingen van de deskundigheidsgebieden (zie artikel 34 lid 2) niet in de wet opgenomen, maar vastgelegd in de AMvB's[141] geldend voor geregelde of aangewezen[142] opleidingen. Deze beroepen functioneren veelal op basis van een verwijzingsrelatie met een artikel 3–beroepsbeoefenaar. In een aantal AMvB's komt deze zogenaamde interprofessionele samenwerking ook expliciet ter sprake. Zo wordt het deskundigheidsterrein van de apothekersassistent omschreven als het verrichten van werkzaamheden onder toezicht van een apotheker of een apotheekhoudend arts.[143] Ook de opdrachtgeoriënteerde interprofessionele samenwerking tussen de tandarts en de mondhygiënist is geëxpliciteerd,[144] al kan de patiënt tegenwoordig voor sommige vormen van mondzorg ook zonder verwijzing door de tandarts rechtstreeks terecht bij de mondhygiënist.[145]

De opleidingseisen en omschrijvingen van deskundigheidsgebieden geldend voor de zgn. '3 noch 34'–beroepen zijn niet nader bij of krachtens de wet geregeld en worden doorgaans via beroepsprofielen en/of beroepscodes vastgesteld door de beroepsorganisaties. De keuze om deze opleidingseisen en deskundigheidsgebieden niet publiekrechtelijk te staven, hangt zoals gezegd vooral samen met de doorgaans ontbrekende eigen verantwoordelijkheid van deze beroepen voor individuele patiëntenzorg en de overigens afwezig geachte noodzaak om de toepasselijke opleidingseisen en deskundigheidsgebieden uit oogpunt van patiëntbescherming bij wet vast te stellen.

4.3 Opleidingen en opleidingseisen in de Wet BIG

Duidelijk is dat de beroepenstructuur in de Wet BIG gevolgen heeft voor de opleidingstrajecten. Deze gevolgen hebben betrekking op opbouw, structuur en inhoud van een opleiding. Daarnaast is van belang het zogenoemde output-level, oftewel: voorzien opleidingen in de benodigde zorgcapaciteit en slagen zij erin om beroepsbeoefenaren af te leveren die in staat zijn tot het leveren van verantwoorde zorg. Een relevante factor daarin vormt de afstemming tussen de praktijk van de

---

138 Zie *Stb.* 2011, 364, p. 6.

139 A. Pool e.a. 2001.

140 Vgl. Wijziging besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, oefentherapeut, mondhygiënist, orthoptist en podotherapeut van 21 februari 2006 (wijziging opleiding en deskundigheidsgebied mondhygiënist), *Stb.* 2006, 147, inwerkingtreding, *Stb.* 2006, 242.

141 Zie o.a. het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus van 22 augustus 1997, *Stb.* 1997,447, het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied radiodiagnostisch laborant en radiotherapeutisch laborant van 19 november 1997, *Stb.* 1997, 551 en 553, het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist van 4 juli 2000, *Stb.* 2000, 297 resp. het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut van 10 juni 2010, *Stb.* 2010, 285.

142 'Aangewezen' opleidingen zijn opleidingen die reeds afdoende geregeld zijn – bijv. langs particuliere weg – en waarvoor er geen regeling krachtens artikel 34 lid 1 Wet BIG meer nodig is.

143 Zie artikel 3 van het Besluit opleiding en deskundigheidsgebied apothekersassistente van 23 september 1997, *Stb.* 1997, 501.

144 Vgl. artikel 16 en 17 van het Besluit opleiding en deskundigheidsgebied mondhygiënist van 21 februari 2006, *Stb.* 2006, 147.

145 Zie verder *Stb.* 2006, 147 (nota van toelichting), p. 11-13.

beroepsuitoefening en de programmering van het daaraan voorafgaande opleidingstraject. Dit gegeven maakt benieuwd naar hoe die afstemming plaatsvindt, nu in de dagelijkse werkelijkheid van de beroepsuitoefening veelal vooruit wordt gelopen op datgene wat beroepen vanuit de opleiding wordt aangereikt. Niet zelden moet in de praktijk een oplossing worden gezocht voor problemen die in het opleidingstraject niet of nauwelijks aandacht hebben gekregen. Mede daarom zijn goede opleidingen ook niet gericht op het verschaffen van een allesomvattend beroepsbeeld, maar stimuleren zij via een exemplarische, probleemgeoriënteerde aanpak vooral het vermogen van studenten tot professionele creativiteit (uiteraard behoudens ieders verantwoordelijkheid voor de wet) en innovatief denken. Dit verduidelijkt tegelijk dat de beroepspraktijk en het opleidingstraject niet geheel één-op-één kunnen lopen. Niettemin is er een maatschappelijk belang bij een zo gering mogelijke verschil tussen beide.

Aan het waarborgen van een zo klein mogelijk verschil tussen de praktijk van de beroepsuitoefening en het daaraan voorafgaande opleidingstraject kan op verschillende manieren gestalte worden gegeven. Zo kunnen zorgverleners en instellingen een rol spelen bij de samenstelling van opleidingsprogramma's en waar mogelijk betrokken zijn bij de uitvoering, respectievelijk de facilitering van het onderwijs. Tevens is van belang dat er vanuit de beroepspraktijk geregeld feedback wordt gegeven op bestaande opleidingstrajecten. In paragraaf 4.4 en 4.5 worden de indrukken hieromtrent uit het empirisch onderzoek besproken.

Het is nodig dat in de wisselwerking tussen de voornamelijk theoretisch scholende opleidingen en de praktisch georiënteerde beroepsuitoefening een zeker optimum wordt bereikt. Aldus kan worden voorkomen dat beginnend beroepsbeoefenaars te weinig praktische vaardigheden beheersen en hulpverleners in de praktijk ongevoelig raken voor de achtergronden van en (ontbrekende) legitimaties voor onderdelen van de hulpverleningspraktijk. Het opleidingstraject is weliswaar gebaat bij de nodige 'feeling' met de praktijk van de beroepsuitoefening, maar behoort niet in ultimo door die praktijk te worden bepaald. Het belang van de verfrissende, corrigerende werking van het opleidingstraject op hetgeen in de dagelijkse zorgverlening als gangbaar wordt ervaren, mag niet worden onderschat.

Naast voldoende integratie tussen theorie en praktijk moet binnen een opleidingstraject ook ingespeeld kunnen worden op actuele ontwikkelingen Dit heeft niet alleen gevolgen voor de kwalificaties (en de werkdruk!) van docenten, maar ook voor de mate waarin opleidingen up-to-date te houden zijn. Jaarlijkse evaluatie en zo nodig aanpassing van opleidingstrajecten op onderdelen blijft van groot belang en is ook gewenst. Daar staat tegenover dat jaarlijks structurele wijzigingen doorvoeren omwille van de actualiteitswaarde van een onderwijsprogramma niet altijd nodig is, los van de vraag of dit voor onderwijsinstellingen ook steeds haalbaar is. Desondanks dient er oog te bestaan voor een maximale houdbaarheidsdatum van een opleidingsprogramma. Waar die houdbaarheidsdatum te ruim wordt gehanteerd, ontstaat het risico dat opleidingen de aansluiting met de praktijk verliezen. Dit kan ertoe leiden dat beginnend beroepsbeoefenaren een bovengemiddeld beroep moeten doen op aanvullende scholing om die aansluiting te behouden.

Een ander, niet onbelangrijk aspect van opleidingen voor toekomstige beroepsbeoefenaars in de individuele gezondheidszorg is de relatie tussen de te bereiken eindtermen en de gehanteerde

onderwijskundige visie. Hierbij gaat het onder meer om doordachte keuzes voor (voldoende variatie in) didactische werkvormen, praktisch én mentaal vaardigheidsonderwijs alsmede de toegevoegde waarde van casusgeoriënteerde tentaminering. Door de keuze voor een te hanteren onderwijsvisie te verantwoorden in het licht van de te bereiken beroepscompetenties en door de relevantie van verkozen onderwijsvormen in dat kader zichtbaar en toetsbaar te maken, kan het rendement van opleidingen worden vergroot en daarmee de professionele bekwaamheid van de beginnend beroepsbeoefenaar.

Niettemin loopt het opleidingstraject voor beroepen in de individuele gezondheidszorg, zoals gezegd, niet gelijk met of achter op de daadwerkelijke werkzaamheden van deze beroepen in de zorgpraktijk. Dit vestigt onder andere de aandacht op de toegang van opleidingen tot de gezondheidszorgsopleidingenmarkt. Anders gezegd: hoe wordt vastgesteld of een opleiding een opleiding tot beroepsbeoefenaar in de individuele gezondheidszorg mag verzorgen? Afgezien van summiere aanduidingen omtrent de voorgeschreven initiële opleidingen voor de BIG-geregistreerde beroepen[146] en artikel 34–beroepen[147] verschaft de Wet BIG daar weinig zicht op. Daarmee is overigens niet gezegd dat er geen adequaat stelsel van toezicht en controle op opleidingstrajecten voor beroepsbeoefenaars in de individuele gezondheidszorg voorhanden is. Vanwege het belang van behoorlijke initiële opleidingen voor de kwaliteit van de latere beroepsuitoefening kleven er niettemin voordelen aan een voor de zorgvragers en ook zorgaanbieders meer toegankelijk stelsel van kwaliteitsbewaking van opleidingstrajecten.

De Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO) van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OC&W) houdt zich onder meer bezig met het registreren en publiceren van opleidingsgegevens binnen het bekostigde en niet-bekostigde hoger onderwijs. Deze gegevens worden vastgelegd in het Centraal Register Opleidingen Hoger Onderwijs (CROHO). De toetsing van bekostigde opleidingen aan doelmatigheidseisen wordt uitgevoerd door de Commissie Doelmatigheid Hoger Onderwijs (CDHO) die daaromtrent advies uitbrengt aan de minister van OC&W. Een inhoudelijke toets van opleidingen wordt echter niet uitgevoerd door het CROHO. Daarentegen registreert het CROHO alleen opleidingen die zijn geaccrediteerd door de Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO).[148] Het is deze NVAO die de materiele kwaliteitstoets van opleidingen in het hoger en wetenschappelijk onderwijs

---

146 Voor inschrijving in het BIG-register vereisen de toepasselijke AMvB's dat artsen, tandartsen en apothekers beschikken over een door een universiteit als bedoeld in hoofdstuk 7 van de WHW uitgereikt getuigschrift, waaruit blijkt dat zij met goed gevolg het examen hebben afgelegd ter afsluiting van een opleiding tot arts, tandarts, resp. apotheker die voldoet aan de eisen omschreven in de desbetreffende AMvB. Voor verpleegkundigen, verloskundigen en fysiotherapeuten geldt als eis een getuigschrift afgegeven door een opleiding zoals opgenomen in het CROHO. Bij psychotherapeuten en GZ-psychologen gaat het om een getuigschrift afgegeven door een aangewezen opleidingsinstelling. Zie ook artikel 2 van het Registratiebesluit BIG van 13 november 1995, *Stb.* 1995, 558, laatstelijk gewijzigd bij *Stb.* 2013, 78.

147 Voor de meeste artikel 34-beroepen ontstaat het recht op het voeren van de wettelijk beschermde opleidingstitel na voltooiing van het afsluitende examen van de desbetreffende opleiding zoals opgenomen in het CROHO. Voor sommige beroepen (o.a. tandprotheticus, klinisch fysicus) geldt daarvoor het bezit van een getuigschrift behaald aan een aangewezen opleidingsinstelling.

148 Zie *NVAO,* www.nvao.net

verricht.[149] CROHO-geregistreerde opleidingen dienen doorgaans om de zes jaar te worden geaccrediteerd. Zonder deze NVAO-accreditatie is een opleidingsinstelling niet bevoegdheid om de bewuste opleiding te verzorgen. Op dit moment (augustus 2013) heeft de NVAO ruim 200[150] opleidingen (Bachelor en Master) tot beroepen in de individuele gezondheidszorg aan Nederlandse universiteiten en hogescholen geaccrediteerd.[151]

Bij de toetsing van opleidingen maakt de NVAO gebruik van speciale beoordelingskaders, die inzoomen op de mate waarin:

- eindkwalificaties qua niveau en/of oriëntatie passen binnen de (inter)nationale kwalificatieraamwerken en zijn geconcretiseerd in domein- of opleidingsspecifieke leerresultaten;
- programma, personeel en voorzieningen gelden als een faciliterende leeromgeving die toelaat de eindkwalificaties te realiseren;
- sprake is van een opleidings-breed, transparant en coherent toetsbeleid, dat consequent door iedereen wordt gevolgd;
- de beoogde eindkwalificaties worden gerealiseerd, en
- de kwaliteitszorg in de opleiding systematisch is en zich vertaalt in een consequent verbeterbeleid (uitgebreide opleidingsbeoordeling).

Alle door de NVAO geaccrediteerde opleidingen in de individuele gezondheidszorg voldoen in afdoende mate aan deze kaders. Daartoe behoren de huidige opleidingen tot artikel 3- en ook diverse artikel 34-beroepen. Aangenomen mag worden dat de kwaliteit van deze opleidingen momenteel dan ook geen aanleiding geeft tot grote bezorgdheid. De lijst van NVAO-geaccrediteerde opleidingen verschaft het publiek tevens zicht op de locaties waar die opleidingen gevolgd kunnen worden. De beoordelingsoverzichten van de NVAO laten verder zien welk predicaat (onvoldoende, voldoende, goed, excellent) de beoordeelde opleidingen is toegekend. Dit biedt de mogelijkheid om opleidingen qua NVAO-eindoordeel te vergelijken. Traceerbaar is eveneens hoe opleidingen op detailniveau scoren, hoewel daarin minder expliciet wordt ingegaan op de kwaliteit van de afstemming tussen theorie en praktijk, de onderwijskundige kwaliteit van tentamens of de specifieke gronden voor de (on)tevredenheid over het niveau van de afgestudeerden. Vanwege de relatie tussen het niveau van opleidingen in de individuele gezondheidszorg en de kwaliteit van de latere beroepsuitoefening valt te overwegen om de accreditering van opleidingen in de individuele gezondheidszorg ook in BIG-verband meer zichtbaar te maken. Hierdoor kan o.a. de verhouding tussen de beoordelingskaders en voorhanden opleidingskarakteristieken of de mate waarin zich relevante ontwikkelingen in de

149 Zie hoofdstuk 5a, artikel 5a.2 WHW e.v.

150 Het actuele overzicht bevat 253 opleidingen. Sommige daarvan leiden echter niet tot beroepsbeoefenaars in de individuele gezondheidzorg. Zie *NVAO en accreditatie medische basiskennis,* www.nvao.net/news/item/nvao_en_accreditatie_medische_basiskennis (zie lijst opleidingen).

151 Zijn van overheidswege bekostigde opleidingsinstellingen verplicht tot een NVAO-accreditatie, private instellingen zijn daartoe niet gehouden, ofschoon zij die accreditatie wel kunnen verkrijgen. Positief in dat verband is dat sommige beroepsverenigingen als beleid hanteren dat alleen beroepsbeoefenaren met een door de NVAO-geaccrediteerde opleiding een lidmaatschap kunnen verwerven.

geldende beoordelingskaders voordoen, duidelijker in beeld komen. Bovendien kan hiermee beter worden bewaakt dat significante verschuivingen in de taakuitvoering door beroepsbeoefenaren tijdig in de bijbehorende opleidingstrajecten worden verdisconteerd.

Voor de middelbare beroepsopleidingen in de gezondheidszorg (apothekersassistent, doktersassistent, tandartsassistent, verzorgende IG, tandtechnicus) geldt een vergelijkbaar regime als voor de hogere opleidingen, zij het met andere spelers. De middelbare beroepsopleidingen zijn opgenomen in het Centraal Register Beroepsopleidingen (Crebo)[152] dat gegevens bevat over beroepsopleidingen en bijbehorende opleidings- en exameninstellingen. Erkenning van Crebo-geregistreerde opleidingen geschiedt door de Ministeries van OC&W en van Economische zaken (EZ).

Naast de genoemde initiële opleidingen kent het BIG-opleidingenhuis ook een aantal beroepsondersteunende opleidingen en vervolgopleidingen. In dat kader heeft het College Zorg Opleidingen (CZO)[153] het accrediteren van onder haar ressorterende medisch-ondersteunende opleidingen[154] en verpleegkundige vervolgopleidingen tot taak.[155] Dit CZO, een landelijk orgaan dat werkzaam is op gezag van een samenwerkingsverband tussen de Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), toetst deze ziekenhuisopleidingen en verleent hen bij goed resultaat een nationaal erkend CZO-keurmerk. Daarnaast stelt zij met brancheverenigingen, beroepsverenigingen en de Vereniging Brancheopleidingsinstituten Gezondheidszorg (VBG) de deskundigheidsgebieden en eindtermen van een betreffende zorgopleiding vast. Voltooiing van een opleiding bij een zorginstelling met een CZO erkenning voor de betreffende opleiding leidt tot een CZO-diploma. Dit wordt opgenomen in het CZO-diplomaregistratiesysteem.

De erkenning van opleidingen tot specialist zoals bedoeld in artikel 14 Wet BIG, gebeurt, zoals reeds aangegeven in hoofdstuk 3, op verzoek van een representatieve beroepsorganisatie en na goedkeuring door de minister. De erkenning van instellingen als opleidingslocatie voor een medisch specialisme geschiedt door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen (RGS).[156] Ten behoeve van de verpleegkundig specialismen worden hoofd- en praktijkopleiders, opleidingsinstellingen en praktijkinstellingen erkend door de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV). Zij houdt tevens toezicht op de naleving van de besluiten van het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) door opleiders en opleidingsinstellingen. Verder heeft het CSV een

---

152 Zie *Crebo,* www.duo.nl/zakelijk/BVE/bekostiging/verwijzing.asp

153 Zie *CZO*, ww.czo.nl/czo_dev/index.php?c=home

154 Het gaat hierbij om de initiële opleidingen tot anesthesiemedewerker, operatieassistent, radiodiagnostisch laborant en radiotherapeutisch laborant en de vervolgopleidingen tot gipsverbandmeester, klinisch perfusionist en ziekenhuishygiënist.

155 Het betreft de opleidingen tot ambulanceverpleegkundige, cardiac care verpleegkundige, dialyse verpleegkundige, geriatrie verpleegkundige, intensive care verpleegkundige, intensive care kinderverpleegkundige, intensive care neonatologie verpleegkundige, kinderverpleegkundige, medium care verpleegkundige, neuro verpleegkundige, obstetrie verpleegkundige, oncologie verpleegkundige, recovery verpleegkundige, spoedeisende hulp verpleegkundige en de verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg.

156 Zie voor nadere details KNMG, *RGS,* knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-Registratie/RGS-1.htm

Protocol Toetsing en Beoordeling van opleidingen tot verpleegkundig specialist vastgesteld en draagt de RSV zorg voor de accreditatie van bij– en nascholingstrajecten van verpleegkundig specialisten. De erkenning van de opleiding tot klinisch psycholoog en tot klinisch neuropsycholoog is verleend door de Federatie voor Gezondheidszorgpsychologen (FGzP).[157] Verantwoordelijk voor de erkenning van de opleiding tot orthodontist en tot kaakchirurg is het College Tandheelkundige Specialismen.[158]

Opleidingen die niet onder het toezicht van het Ministerie van OC&W vallen, zijn in beginsel vrij om opleidingen in te richten, zolang zij de afgestudeerden geen wettelijk beschermde of misleidende titel toekennen. Niet zelden missen deze opleidingen echter het nodige gezag om de kwaliteit ervan publiekelijk te doen blijken. Dit kan ondermijnend werken voor de kansen dat de burger zijn weg naar deze beroepen vindt. Bij beperkte mogelijkheden tot accreditatie of erkenning langs de daarvoor bestaande kanalen, werpen private instanties zich wel op om een vergelijkbaar medium aan te reiken.[159]

Ten aanzien van zorgberoepen uit de categorie '3 noch 34-beroepen' kunnen zich, zeker wanneer het gaat om beroepen die voor de patiënt risicovolle taken vervullen, probleemsituaties voordoen. Een dergelijke situatie, met ongewenste gevolgen voor een patiënt, deed zich voor op het terrein van de beroepsuitoefening door perfusionisten.[160] Dit is een beroepsgroep die niet bij of krachtens de Wet BIG is geregeld, maar tijdens operaties vrijwel autonoom en zonder supervisie door de operateur risicovolle handelingen verricht. Het technisch gehalte van deze handelingen vindt daarmee zonder toezicht plaatst. In een recente casus werd een cardiothoracaal chirurg niet tuchtrechtelijk verantwoordelijk gehouden voor het verzuim van een perfusionist om ten behoeve van een bypassoperatie te zorgen voor adequate aansluiting van een slang van de hart-longmachine. Hierdoor kon het gebeuren dat tijdens de operatie een tijd lang onvoldoende bloed naar de hersenen van de patiënt stroomde, waardoor mogelijk een hersenbeschadiging is ontstaan. Vier dagen na de operatie overleed de patiënt aan de gevolgen van een hersenbeschadiging. De tekortkoming van de perfusionist werd de cardiothoracaal chirurg niet tuchtrechtelijk verweten, omdat hij niet verantwoordelijk kon worden gehouden voor deelprocessen tijdens de operatie, zoals de correcte opbouw en aansluiting van de hart-longmachine, die zijn *"...ondergebracht bij gericht daartoe opgeleide zorgprofessionals."*[161]

De vraag is of een wettelijk geregelde opleiding tot perfusionist dit overlijden had kunnen voorkomen. Feit is dat de kwaliteit van de opleiding tot perfusionist moet kunnen waarborgen dat dergelijke

---

157 Zie *FGzP,* www.fgzp.nl/

158 Zie NMT, *CTS,* www.tandartsennet.nl/producten/college-tandheelkundige-specialismen.html

159 Zo voorziet de SNRO als een onafhankelijk instituut in een te verwerven keurmerk voor opleidingen in de complementaire zorg. Deze opleidingen vallen niet onder het toezicht van het Ministerie van OC&W. Toch wordt het belang van het leveren van met erkende opleidingen vergelijkbare opleidingskwaliteit onderkend. SNRO toetst en beoordeelt de kwaliteit van opleidingen, het kwaliteitsbeleid en de opleidingsprocessen van de opleiders, e.e.a. conform de huidige (post-)HBO-normen. Zie *SNRO,* www.snro-instituut.nl

160 Zie daarover nader Nationale Ombudsman 2011.

161 RTC Groningen 21 juli 2011, zaaknr. G2011/68.

tekortkomingen in de perfusionistische beroepsuitoefening worden voorkomen. Tegen die achtergrond moet worden vermeld dat, naast de CZO-erkenning van vijftien opleidingen tot klinisch perfusionist, de beroepsvereniging voor klinisch perfusionisten, de Nederlandse Sociëteit voor Extra-Corporale Circulatie (NeSECC),[162] zich sterk maakt voor de ontwikkeling van het vakgebied van de klinische perfusionist en de technieken die daarbij worden toegepast. Met het oog op het continue verbeteren van de patiëntenzorg onderkent de NeSECC de eigen rol in het (bij-)scholen van klinische perfusionisten alsmede zijn verantwoordelijkheid bij het opleiden van klinisch perfusionisten en het organiseren van post-graduate cursussen. In het verlengde van de opmerkingen in par. 3.7.3 aangaande de reglementering van het beroep van klinisch perfusionist ligt het voor de hand om ook de bijbehorende opleiding wettelijk te regelen.

In paragraaf 3.7.1 is opgemerkt dat ‘3 noch 34’–beroepen herhaaldelijk kenbaar hebben gemaakt te hechten aan (een vorm) van wettelijke regulering en dat te overwegen valt om nadere studie te verrichten onder een aantal ‘3 noch 34’–beroepen. Aldus kan de state-of-the-art aangaande de door de betrokken beroepsorganisaties gerealiseerde modelleringen van deze beroepen, inclusief hun opleidingstrajecten, worden geïnventariseerd. Dit biedt tevens de mogelijkheid van evaluatie van deze opleidingstrajecten in de breedte. Via een dergelijke studie kunnen verder aanknopingspunten worden gevonden voor handhaving dan wel heroverweging van de thans ontbrekende wettelijke regeling van ‘3 noch 34’–beroepen. Zoals gezegd, zou de Sectie Zorgberoepen en (zorg)opleidingen van het Zorginstituut Nederland initiatieven hiertoe kunnen nemen, nu deze Sectie zich gaat bezighouden met het toekomstgericht en sector-overstijgend rapporteren en signaleren van gewenste ontwikkelingen van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. Het herverdelen van bevoegdheden tussen bestaande en nieuwe professionals en de gevolgen daarvan voor de bijbehorende opleidingstrajecten vormt daarbij een van de aandachtsgebieden. Daarmee lijkt een belangrijke stap gezet op weg naar een instantie die structureel toeziet op de bestaande en de gewenste opleidingskwaliteit en kan monitoren waar en in welke mate aanpassingen in opleidingstrajecten nodig zijn.

4.4 Rol van zorginstellingen bij het opleidingsprogramma

Een goede aansluiting van opleidingen op de praktijk kan bewerkstelligd worden door betrokkenheid van de zorginstellingen bij de opleidingen. In deze paragraaf is weergegeven welke rol instellingen spelen bij de samenstelling van het opleidingsprogramma van beroepsopleidingen en welke rol de instellingen spelen bij het verzorgen van nascholing.

In de onderstaande tabellen is opgenomen welke rol instellingen spelen bij de samenstelling van de opleidingsprogramma’s.

162 Zie *Nederlandse Sociëteit voor Extra Corporale Circulatie*, www.nesecc.org

Tabel 4.1: Heeft uw instelling een rol in de samenstelling van (en inhoud van) het opleidingsprogramma van beroepsopleidingen?

% ja	ZK N=50	VPH N=37	PK N=26	GGZ N=43	TZ N=34	IVB N=33
Heeft uw instelling een rol in de samenstelling van (en inhoud van) het opleidingsprogramma van beroepsopleidingen?	70%	70%	8%	56%	53%	55%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

Tabel 4.2: Welke rol speelt uw instelling in de samenstelling van (en inhoud van) het opleidingsprogramma van beroepsopleidingen?

meerdere antwoorden mogelijk	ZK N=34	VPH N=25	GGZ N=24	TZ N=18	IVB N=18
De instelling heeft contact met opleidingen over dit onderwerp.	97%	100%	92%	89%	94%
De instelling geeft regelmatig feedback over dit onderwerp aan opleidingen.	85%	80%	63%	83%	67%
Beroepsbeoefenaren van de instelling geven les aan één (of meer) opleiding(en).	68%	48%	79%	39%	72%
De instelling heeft contact met het ministerie over dit onderwerp.	6%	0%	0%	6%	0%
De instelling heeft contact met de koepels van de opleidingen over dit onderwerp (bijv. MBO-raad, HBO-raad, VSNU).	44%	12%	33%	22%	28%
De instelling heeft contact met de beroepsverenigingen over dit onderwerp.	41%	28%	33%	33%	28%
Weet niet	6%	0%	0%	6%	6%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

De meerderheid van de instellingen geeft aan een rol te hebben in de samenstelling van het opleidingsprogramma van beroepsopleidingen. Uitzondering zijn de privé-instellingen waar slechts twee instellingen hebben aangegeven dat zij een rol spelen bij de opleidingsprogramma's. Ziekenhuizen en verpleeghuizen hebben het vaakst een rol in de samenstelling van de opleidingsprogramma's (70%). De rol van instellingen bestaat er met name uit dat zij rechtstreeks contact hebben met de opleidingen over het opleidingsprogramma (variatie 89% tot 100%). Veel van de instellingen geven daarnaast aan dat beroepsbeoefenaren van de instelling les geven aan één of meer opleidingen, dit is met name het geval bij ziekenhuizen, instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg en instellingen voor mensen met een verstandelijk beperking (68% tot 79%). Ook bestaat de rol van de instellingen erin dat zij feedback geven aan de opleidingen (63% tot 85%). De inhoud van de opleidingen wordt zodoende mede bepaald door de beroepsbeoefenaren en instellingen zelf. Bijna de helft van de ziekenhuizen heeft contact met de koepels van opleidingen over dit onderwerp en 41% heeft contact met de beroepsverenigingen.

In de onderstaande tabellen is opgenomen welke rol instellingen spelen bij de nascholing van beroepsbeoefenaren.

Tabel 4.3: Speelt uw instelling een rol bij de nascholing van beroepsbeoefenaren?

	ZK N=50	VPH N=38	PK N=26	GGZ N=43	TZ N=33	IVB N=33
Ja, mijn instelling speelt een rol bij de nascholing van beroepsbeoefenaren.	90%	89%	50%	79%	91%	70%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

Tabel 4.4: Welke rol speelt uw instelling bij de nascholing van beroepsbeoefenaren?

meerdere antwoorden mogelijk	ZK N=45	VPH N=32	GGZ N=33	TZ N=30	IVB N=23
De instelling wijst de beroepsbeoefenaren op nascholingsmogelijkheden.	76%	81%	64%	73%	74%
De instelling verzorgt de nascholing van beroepsbeoefenaren zelf.	87%	94%	82%	80%	87%
De instelling financiert de nascholing van beroepsbeoefenaren.	87%	81%	85%	77%	96%
De instelling stelt nascholing verplicht.	82%	69%	48%	77%	74%
Weet niet	0%	0%	3%	0%	0%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

Een groot deel van de instellingen speelt een rol bij de nascholing van beroepsbeoefenaren, meer dan bij de initiële opleidingen. Privéklinieken spelen het minst een rol bij de nascholing, maar meer dan bij de initiële opleiding (50% tegenover 8%). De instellingen die betrokken zijn bij nascholing van de bij de instelling werkzame beroepsbeoefenaren verzorgen en of financieren in bijna alle gevallen de nascholing zelf. Het grootste gedeelte, 69% tot 85% van de instellingen, heeft nascholing verplicht gesteld. Bij de instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg ligt dit percentage lager; daar heeft 48% de nascholing verplicht gesteld.

4.5 Opvattingen

In deze paragraaf is weergegeven wat de opvattingen van beroepsbeoefenaren en zorginstellingen zijn voor zover het gaat over de aansluiting van de opleidingen op de praktijk.

4.5.1 Opvattingen van beroepsbeoefenaren

In de onderstaande tabel is opgenomen wat de opvattingen van beroepsbeoefenaren zijn over de aansluiting van hun opleiding op de praktijk.

Tabel 4.5: Stellingen over opleiding t.o.v. praktijk

% eens	A N=253	HK N=189	HA N=182	GY N=226	VK N=298	VPS N=330	VP N=1426	TA N=282	GZ N=359	MH N=241	KF N=208
De opleiding die ik heb gevolgd sluit voldoende aan bij de beroepspraktijk.	85%	97%	93%	96%	94%	89%	84%	87%	82%	83%	95%
In de opleiding die ik heb gevolgd was voldoende aandacht voor toenmalige ontwikkelingen binnen het vakgebied.	76%	86%	81%	89%	87%	85%	79%	83%	79%	83%	96%
Na mijn opleiding heb ik aanvullende scholing moeten volgen om te kunnen voldoen aan de eisen van de beroepspraktijk.	48%	70%	60%	67%	55%	60%	65%	56%	63%	60%	44%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

De meeste beroepsbeoefenaren zijn van mening dat de opleiding die zij gevolgd hebben voldoende aansluit bij de beroepspraktijk. Tegelijkertijd vinden beroepsbeoefenaren eveneens dat er in de opleiding te weinig aandacht was voor ontwikkelingen binnen het vakgebied. De meerderheid van de beroepsbeoefenaren heeft dan ook aanvullende scholing moeten volgen om te kunnen voldoen aan de eisen van de beroepspraktijk (44% tot 70%).

4.5.2 Opvattingen van zorginstellingen

In de onderstaande tabel is opgenomen wat de opvattingen van instellingen zijn over de aansluiting van de opleidingen op de praktijk.

Tabel 4.6: Stellingen over de inhoud van de opleidingen

% eens	ZK N=48	VPH N=35	PK N=25	GGZ N=39	TZ N=32	IVB N=31
De opleiding die beroepsbeoefenaren hebben gevolgd, sluit aan bij de beroepspraktijk.	77%	69%	62%	61%	76%	84%
De opleidingen van beroepsbeoefenaren besteden voldoende aandacht aan recente ontwikkelingen.	63%	42%	56%	44%	67%	61%
De opleidingen van beroepsbeoefenaren besteden voldoende aandacht aan samenwerking en ketenzorg.	42%	36%	36%	38%	47%	29%
De opleidingen van beroepsbeoefenaren besteden voldoende aandacht aan patiëntveiligheid.	54%	44%	50%	41%	64%	42%
Pas gediplomeerde beroepsbeoefenaren moeten aanvullend worden geschoold voordat zij naar behoren kunnen functioneren in de beroepspraktijk.	58%	47%	38%	51%	53%	55%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

Hoewel het grootste gedeelte van de instellingen van mening is dat de opleiding die beroepsbeoefenaren hebben gevolgd voldoende aansluit bij de beroepspraktijk vinden zij minder dan de beroepsbeoefenaren dat de opleiding aansluit op de praktijk. De instellingen denken verschillend over de aandacht die opleidingen aan recente ontwikkelingen besteden. Van de verpleeghuizen is slechts 42% van mening dat de opleidingen voldoende aandacht besteden aan de recente ontwikkelingen. Bij ziekenhuizen en thuiszorginstellingen is tweederde (63% en 67%) van de instellingen deze mening toegedaan. Samenwerking en ketenzorg en patiëntveiligheid is volgens instellingen niet altijd een onderwerp dat voldoende terugkomt in de opleiding; samenwerking en ketenzorg heeft de minste aandacht (variatie 29% tot 47%). Ook voor patiëntveiligheid zou meer aandacht kunnen zijn (41% tot 64% vindt dat er voldoende aandacht voor is). Door 38% tot 58% van de instellingen is aangegeven dat gediplomeerde beroepsbeoefenaren aanvullend moeten worden geschoold voordat ze naar behoren kunnen functioneren in de beroepspraktijk.

4.6 Analyse empirie

Beroepsbeoefenaren en instellingen kunnen een rol spelen bij de samenstelling van de opleidingsprogramma's en bij de uitvoering en facilitering van het onderwijs. Uit het voorgaande blijkt dat een groot deel van de instellingen een rol speelt bij het opleidingsprogramma. Dat kan een aanwijzing zijn dat theorie en praktijk goed op elkaar aansluiten; immers, wanneer een groot deel van de instellingen beroepsbeoefenaren onderwijs laat geven in de opleidingen en de nascholingstrajecten voor een groot deel verzorgd worden door de instellingen zelf, lijkt afstemming tussen theorie en praktijk mogelijk. De antwoorden van beroepsbeoefenaren en instellingen leiden er ook niet toe dat grote problemen op dit punt verwacht mogen worden. Toch geeft wel een groot deel van zowel de beroepsbeoefenaren als de zorginstellingen aan dat aanvullende scholing gevolgd moest worden voordat zij goed kunnen functioneren in de praktijk en dat er niet voldoende aandacht besteed is tijdens de opleiding aan recente ontwikkelingen.

4.7 Omschrijvingen van deskundigheidsgebieden

Stonden eerder de inhoud van en de ervaringen met opleidingen en opleidingseisen centraal, in deze paragraaf wordt gefocust op de omschrijvingen van deskundigheidsgebieden. Daarbij zij vooropgesteld dat het buiten het bestek van deze evaluatie valt om van alle voorhanden deskundigheidsterreinen te onderzoeken in hoeverre zij geactualiseerd dienen te worden. Hetzelfde kan worden gezegd met betrekking tot de inhoud van de privaatrechtelijke regelingen voor specialismen zoals bedoeld in artikel 14 Wet BIG. Niettemin laten zich enkele ontwikkelingen signaleren die in dat verband de aandacht verdienen.

Zoals reeds opgemerkt in paragraaf 4.2 zijn de omschrijvingen van deskundigheidsgebieden van beroepen in de individuele gezondheidszorg niet altijd helder. Dit is opmerkelijk, omdat deze omschrijvingen meer dan richtinggevend zijn voor de taakuitoefening en verantwoordelijkheidsverdeling bij de zorgverlening. Zo verschaft de tekst in artikel 19 lid 1 Wet BIG op het eerste oog weinig duidelijkheid over het deskundigheidsterrein van de arts, omdat daarin alleen wordt verwezen naar te verrichten 'handelingen op het gebied van de geneeskunst.' Ingevolge artikel 1 lid 2 Wet BIG moeten onder deze handelingen worden begrepen:

a alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen -, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen;
b het bij een persoon afnemen van bloed of wegnemen van weefsel voor andere doeleinden dan die, bedoeld onder *a*;
c het wegnemen van weefsel bij een overledene en het verrichten van sectie.

Deze handelingen maken deel uit van de 'handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg'. Deze laatste handelingen worden in artikel 1 lid 1 Wet BIG omschreven als alle verrichtingen – het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen – rechtstreeks betrekking hebbend op een persoon en ertoe strekkend diens gezondheid te bevorderen of te bewaken. Het begrip 'individuele gezondheidszorg' is daarmee ruimer dan het begrip 'geneeskunst'. De omschrijving in artikel 1 lid 1 is bepalend voor de reikwijdte van de Wet BIG, die daarmee in beginsel ook van toepassing is op niet-medische zorghandelingen. Bij de vaststelling of een zorghandeling onder het bereik van de Wet BIG valt, moet echter ook met andere factoren rekening worden gehouden. Zo moet het gaan om een beroepsmatig en buiten noodzaak te verrichten handeling gericht op het verlenen van gezondheidszorg aan een individu.

Artikel 19 lid 1 Wet BIG impliceert dat de arts de gehele geneeskunst tot zijn deskundigheidsgebied mag rekenen. Feitelijk is dat echter onjuist. De arts geniet geen ongelimiteerde zelfstandige bevoegdheid ten aanzien van alle voorbehouden handelingen. Dit volgt deels uit de aanduiding van de voorbehouden handelingen genoemd in artikel 36 Wet BIG. Zo stelt artikel 36 lid 1 heelkundige handelingen gelijk aan handelingen op het gebied van de geneeskunst, waarbij de samenhang van lichaamsweefsels wordt verstoord en deze zich niet direct herstelt, en worden artsen, tandartsen en verloskundigen bevoegd verklaard om die handelingen te verrichten. De twee laatstgenoemde beroepen zijn dit echter alleen voor zover de bewuste handeling tot hun deskundigheidsgebied wordt gerekend. Ten aanzien van artsen ontbreekt een dergelijke nuancering. Hierdoor ontstaat de indruk dat iedere arts bijvoorbeeld ook bevoegd is tot alle heelkundige handelingen op het gebied van de tandheelkunst. Dit is evenwel onwaarschijnlijk. De vraag is echter hoe de wet dan moet worden uitgelegd. Kan worden geredeneerd vanuit de eis vermeld in artikel 36 lid 15, die inhoudt dat voor het rechtmatig verrichten van voorbehouden handelingen betrokkene moet beschikken over de bekwaamheid die nodig is om de bewuste handeling naar behoren te verrichten? Of komt dit primair doordat niet iedere arts de tandheelkunst tot zijn deskundigheidsterrein mag rekenen?

De eerste reden richt zich primair op de bekwaamheid binnen het eigen deskundigheidsgebied. Of een handeling tot het eigen deskundigheidsgebied behoort, is daarbij geen punt van discussie. Het volgen van deze reden zou onder omstandigheden kunnen betekenen dat een beroepsbeoefenaar een handeling die buiten zijn deskundigheidsgebied ligt legitiem kan verrichten, mits hij daar maar bekwaam toe is. Dit ligt echter niet voor de hand, te meer daarmee ook de betekenis van het deskundigheidsgebied als verkapte domeinaanduiding zou worden uitgehold. Geldt vooral de tweede reden, dan moet worden geconcludeerd dat de wet deze beperking in het deskundigheidsgebied van de arts niet met zoveel woorden noemt. Dit zou duiden op een omissie in de wettekst. Het effect van deze omissie wordt bevestigd door de spanning die met artikel 21 Wet BIG ontstaat wanneer een

basisarts buiten noodzaak zou mogen overgaan tot tandextractie. Deze heelkundige handeling ligt klaarblijkelijk op het gebied van de tandheelkunst en voor die verrichting is de hoedanigheid van 'tandarts' vereist. Opvallend is dan dat de wet de tandextractie door de basisarts niet verbiedt vanuit een wettelijke definitie (bijvoorbeeld in artikel 1) van 'handelingen op het gebied van de tandheelkunst'. Evenmin is een omschrijving van het deskundigheidsgebied van de tandarts terug te vinden in de bij AMvB uitgewerkte opleidingseisen van de tandarts.[163] De wettelijke concretisering van het deskundigheidsgebied van de tandarts blijft daarmee beperkt tot diens bevoegdheid ex artikel 36 tot het zelfstandig verrichten van heelkundige handelingen, het geven van injecties, het onder narcose brengen, het werken met toestellen die ioniserende straling uitzenden en het voorschijven van geneesmiddelen, voor zover dit 'tot diens deskundigheidsgebied behoort'.

Eerder is de tandheelkunst omschreven als dat deel van de geneeskunst dat zowel onderzoek en advisering als het uitvoeren van handelingen in en rondom de mond (behandeling) omvat. Meer algemeen gaat het om alle werkzaamheden die verband houden met het voorkomen, de diagnose en/of de behandeling van afwijkingen en ziekten van tanden, mond, kaken en omliggende weefsels.[164] Onduidelijk is waarom een dergelijke aanduiding niet bij of krachtens de wet is vastgelegd. Een gecodificeerd beeld van het deskundigheidsgebied van de tandarts zal onder andere bijdragen aan de verheldering van wat des tandarts is en welk handelingen bijvoorbeeld (zelfstandig) door de mondhygiënist (al dan niet nieuwe stijl) mogen worden uitgevoerd. De tandarts is de enige tandheelkundige beroepsbeoefenaar met een zelfstandige bevoegdheid tot voorbehouden handelingen op het gebied van de tandheelkunst en vomt daarmee het centrale referentiepunt in de discussie rond verantwoorde taakherschikking en samenwerking in de mondzorg.[165] De codificatie van het deskundigheidsgebied van de tandarts kan tevens met het oog op het omzetten van de Europese Richtlijn inzake de erkenning van beroepskwalificaties van belang worden geacht.[166]

Betrekkelijk is in wezen ook de duidelijkheid die de wet verschaft over wat precies valt onder 'handelingen op het terrein van de geneeskunst'. De omschrijving verwijst in feite alleen naar verrichtingen, zonder te concretiseren wat het geneeskundig karakter van deze verrichtingen uitmaakt. Daarmee biedt de wettelijke omschrijving van het deskundigheidsgebied van de arts nauwelijks zicht op de wezenlijke aard van het medisch handelen. Beter ware een omschrijving die meer uitdrukt waarin het specifiek medische van een handeling ligt opgesloten en waarom een bepaalde handeling aan een arts voorbehouden moet zijn. Deze constatering kan ook niet los worden gezien van de al eerder gedane vaststelling dat de in artikel 36 Wet BIG genoemde voorbehouden handelingen in te algemene termen zijn vervat en daardoor onvoldoende onderscheidend vermogen hebben. Daarover echter meer in hoofdstuk 5.

163 Besluit opleidingseisen tandarts van 3 oktober 1997, *Stb.* 1997, 480. Dit beluit strekt alleen tot uitvoering van artikel 20 Wet BIG (vaststelling opleidingseisen).

164 Vgl. *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3 (MvT), p. 106.

165 Voor een overzicht van juridische aspecten zie Brands 2012 en de notitie Brands 2009.

166 *Richtlijn 2005/36/EG* van het Europees Parlement en van de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties (PbEU L 255/22).

Aangaande de meer concretere omschrijvingen van deskundigheidsgebieden die bij of krachtens de wet zijn vastgesteld, kan worden opgemerkt dat niet alle daarin gebezigde termen voldoende omlijnd zijn, zowel grammaticaal als beroepsmatig. Zo is de omschrijving van het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige in artikel 33 onder a Wet BIG dusdanig globaal ('handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging') dat die zijn functie nauwelijks kan waarmaken. Daarnaast vertonen de omschrijvingen van de deskundigheidsgebieden van de gezondheidszorgpsycholoog en de psychotherapeut op onderdelen sterke overeenkomsten. Zoals reeds opgemerkt in paragraaf 3.7.3. is het raadzaam om te inventariseren op welke onderdelen van deze deskundigheidsterreinen (en rekening houdend met dat van de klinisch–psycholoog) sprake is van overlap, respectievelijk onduidelijkheid kan bestaan over welke taken en handelingen tot welk deskundigheidsterrein behoren. De uitkomsten hiervan dienen vervolgens te worden verwerkt in de bij of krachtens de wet bepaalde deskundigheidsomschrijvingen.

Dit alles leidt tot de vraag naar de ratio van de bestaande diversiteit in de wettelijke omschrijvingen van deskundigheidsgebieden, met name die van artikel 3 beroepen.[167] Die varieert nochtans van summier (tandarts) via te algemeen (arts, verpleegkundige) en te weinig afbakenend (gezondheidszorgpsycholoog v. psychotherapeut) tot gedetailleerd (verloskundige, fysiotherapeut). Daarnaast wordt met sommige omschrijvingen in de wet volstaan, terwijl andere via AMvB nog nader uitgewerkt worden. Hierin schuilt de nodige inconsistentie, die evenmin de wetssystematiek ten goede komt. Het is dan ook gewenst om de aard, de inhoud en de locatie van de wettelijke deskundigheidsomschrijvingen van artikel 3 beroepen te harmoniseren. Daarbij valt veel ervoor te zeggen om deze deskundigheidsomschrijvingen niet langer in de wettekst zelf onder te brengen, maar deze bij AMvB vast te stellen. Dit heeft mede tot voordeel dat wijzigingen in deskundigheidsgebieden snel kunnen worden doorgevoerd en hiervoor geen formele wetswijziging nodig is. Daarnaast is van belang dat in deze AMvB's een bepaling wordt opgenomen die een periodieke evaluatie van de deskundigheidsomschrijvingen gelast. Zodoende kan worden bewaakt dat deze omschrijvingen niet te snel hun actualiteitswaarde verliezen en dat de afstand tussen het gecodificeerde deskundigheidgebied en de daadwerkelijk gepraktiseerde expertise te groot wordt. De ontwikkelingen op het gebied van de taakherschikking vergen eveneens een update van de deskundigheidsomschrijvingen van alle bij dit proces betrokken beroepsgroepen. Het is raadzaam de desbetreffende beroepsorganisaties bij zowel deze update als toekomstige evaluaties van deskundigheidsgebieden te betrekken.

4.8 De betekenis van competenties in opleidingen en deskundigheidsgebieden

Vanwege de betekenis die het concept van competenties in de afgelopen jaren heeft verworven binnen de opleidingstrajecten van beroepen in de individuele gezondheidszorg is een nadere plaatsbepaling geboden. De eindtermen van deze opleidingstrajecten worden tegenwoordig (zie ook paragraaf 4.2) veelal weergegeven in omschrijvingen van competenties. Het onderwijs is daardoor

167 De in AMvB's vastgelegde omschrijvingen van deskundigheidsgebieden van de meeste artikel 34-beroepen zijn doorgaans concreter en ook in relationele termen weergegeven.

niet meer gemodelleerd naar vakgebieden, maar gaat uit van kernkwalificaties van een professional. Het geheel van competenties tezamen vormt de deskundigheid van de beginnend beroepsbeoefenaar. De betekenis van de idee van rollen en competenties in opleidingsverband staat daarmee niet langer ter discussie. Onduidelijk is echter welke gevolgen het hanteren van dit concept heeft voor de praktijk van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. Anders gezegd: welke betekenis heeft gebruikmaking van het concept van competenties voor de deskundigheden en bekwaamheden van beroepsbeoefenaars in de individuele gezondheidszorg en de bijbehorende taak- en verantwoordelijkheidsverdeling?

Competenties zijn eerder ook al opgenomen in wijzigingen van opleidingseisen. Binnen de omschrijvingen van deskundigheidsgebieden zijn zij daarentegen vooralsnog weinig terug te vinden. Als grondslag voor de structurering van opleidingen, ligt het evenwel in de rede dat de idee van competenties ook in deze deskundigheidsomschrijvingen doorklinkt. Daarbij rijst de vraag in hoeverre het opnemen van competenties in deze omschrijvingen tevens de functie van de omschrijving van deskundigheidgebieden – zowel in relatie tot het toelaatbaar verrichten van voorbehouden handelingen als het bepalen van tuchtrechtelijk aansprakelijkheid – verandert en of hierin aanleiding bestaat voor een andere omgang daarmee.[168]

In zijn Rapport *Bekwaam is bevoegd*[169] constateert de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) dat door de vergrijzing van de bevolking, de toenemende culturele diversiteit en het feit dat steeds meer mensen lijden aan chronisch ziekten, ouderen in het bijzonder, de vraag naar gezondheidszorg verandert. Hierdoor worden aan zorgprofessionals andere eisen gesteld, die wederom andere competenties vergen. Dit gaat tevens gepaard met een toenemende diversiteit aan beroepen, respectievelijk een verschuiving van de inhoud van beroepen, mede veroorzaakt door de toenemende behoefte aan preventieve zorg en de begeleiding van chronisch ziekten. Dit alles heeft gevolgen voor de bestaande inhoud van beroepen, de daaraan voorafgaande opleidingstrajecten en de bijbehorende bij- en nascholing. Volgens de RVZ leidt een en ander ertoe dat per beroep verschillende competentieprofielen gaan ontstaan en dat de competentieprofielen van verschillende beroepen elkaar deels gaan overlappen. Vaste beroepsdomeinen gaan daarmee tot het verleden behoren en de toekomst is, aldus de RVZ, aan een systeem van bewezen losse competenties op basis van een afgeslankte beroepenstructuur.

Deze zienswijze, zo lijkt het, schetst het dilemma dat ligt opgesloten in de behoefte om tegelijk tegemoet te willen komen aan de belangen van de vrijheid van hulpverlenerskeuze, de publiekrechtelijke waarborging van de kwaliteit van zorg en de eerbieding van de professionele autonomie. Het is de vraag of in het gelijktijdig eerbiedigen van deze belangen een bevredigend evenwicht kan worden gevonden. Waar dit evenwicht niet haalbaar is, moet allicht tot een prioritering van doestellingen worden gekomen. Volgens de RVZ is het belangrijkste doel bij dit alles

---

168 De gedachte van wettelijk omschreven deskundigheidsgebieden is in wezen een overblijfsel van het domein-denken dat ten grondslag lag aan de eerdere WUG.

169 RVZ advies Bekwaam is bevoegd 2011.

dat de patiënt zorg op maat krijgt van een zorgverlener die de kennis en kunde bezit om die zorg te bieden. In dat kader stelt de RVZ onder andere voor om:

- taakherschikking te stimuleren en de daarvoor bestaande hindernissen op te heffen;
- het zorgonderwijs consequent op het verwerven en onderhouden van competenties te baseren;
- bij- en nascholing om te vormen tot een krachtiger instrument van deskundigheidsbevordering, en
- de onderlinge samenwerking en afstemming in het zorgonderwijs te versterken.

Het vergroten van de mogelijkheden voor taakherschikking vergt onder meer een grotere acceptatie door beroepsgroepen. Deze acceptatie vindt, aldus de RVZ, echter maar heel geleidelijk plaats en wordt geremd doordat binnen beroepsgroepen doorgaans weinig inzicht bestaat in de competenties en verantwoordelijkheden van andere beroepen.

Het ligt vooral op de weg van de Sectie Zorgberoepen en (zorg)opleidingen[170] om al dan niet uitwerking te geven aan de hiermee samenhangende aanbevelingen[171] van de RVZ. Op deze plek wordt alleen stilgestaan bij de BIG-gerelateerde haalbaarheid van de suggestie van de RVZ om vaste beroepsdomeinen los te laten en meer toe te werken naar een system van bewezen losse competenties binnen een afgeslankte beroepenstructuur. Hierbij wordt mede betrokken het voorstel om de wettelijke eis dat iemand voor het verrichten van voorbehouden handelingen bekwaam én bevoegd moet zijn, niet langer te hanteren.

Volgens de RVZ maken de grote uitdagingen waarvoor de zorg staat, te weten een toenemende zorgvraag bij beperkte financiële middelen, een ontkoppeling van beroepen en zorgverlening nodig. Met name het bestaande bekostigingssysteem maakt dat de vergoeding van geleverde zorg nog te zeer is gekoppeld aan bepaalde beroepen. Daarbij zou het veeleer moeten gaan om vergoeding van geleverde prestaties of behaalde resultaten in plaats van om welke zorgverlener welke zorg heeft geleverd. Voor zorgverleners hoeft slechts te gelden dat zij bekwaam zijn, aldus de RVZ. Tegen die achtergrond kan het vereiste in de Wet BIG dat iemand voor het verrichten van voorbehouden handelingen bekwaam én bevoegd moet zijn, worden losgelaten, waarbij de bekwaamheid van de zorgverlener uiteraard wel door een adequaat kwaliteitssystem (up-to-date opleidingen, continue bij- en nascholing) op peil wordt gehouden.

Vanwege de systematiek van de Wet BIG roepen de voorstellen van de RVZ diverse bedenkingen op. Problematisch is reeds de gedachte om toe te werken naar een systeem van bewezen losse

---

170 De RVZ heeft indertijd ook voorgesteld om een onafhankelijk en gezaghebbend orgaan dat o.a. de afstemming van beroepen en opleidingen op de toekomstige zorgvraag signaleert, aanjaagt, draagvlak daarvoor creëert en monitort, in te stellen. Zie RVZ advies Bekwaam is bevoegd 2011, p. 47.

171 Het inzicht in de competenties en verantwoordelijkheden van andere beroepen kan volgens de RVZ worden vergroot door geaccrediteerde competentieprofielen voor opleidingen en cursussen te ontwikkelen, door eerder verworven competenties (EVC's) daarin een plek te geven en de gemeenschappelijke trunk van opleidingen meer zichtbaar te maken op de opleidings- en arbeidsmarkt. Daarnaast is volgens de RVZ de bestaande beroepencultuur debet aan het geringe acceptatie van taakherschikking. Zie RVZ advies Bekwaam is bevoegd 2011, p. 33-38.

competenties op basis van een afgeslankte beroepsstructuur. Hierboven is reeds aangegeven dat de systematiek van competenties nog onvoldoende is doorgesijpeld in de deskundigheidsomschrijvingen van beroepen. Onduidelijk is echter wat wordt bedoeld met 'bewezen losse competenties'. Hetzelfde geldt voor een afgeslankte beroepenstructuur. Afgeslankt in welk opzicht? Betekent dit bijvoorbeeld ook het opheffen van bestaande beroepen? En hoe past een afgeslankte beroepenstructuur in het fenomeen van reeds ontstane nieuwe beroepen? Daarnaast rijst de vraag waarom de nadruk op competenties en competentieniveaus beter is dan vaste beroepsdomeinen.

De wens om vaste beroepsdomeinen los te laten, kan welbeschouwd op twee manieren worden uitgelegd: het laten vervagen van de bestaande grenzen tussen beroepsdomeinen ofwel het opheffen van beroepsdomeinen. Door de inhoud van deskundigheidsomschrijvingen aan te passen aan de gangbare systematiek van competenties en competentieniveaus binnen opleidingen kunnen nieuwe accenten in de praktijk van de zorgverlening worden gelegd. Tegelijk kunnen via de wisselwerking tussen opleiding en praktijk uitgekristalliseerde taakverschuivingen in diezelfde praktijk in de betrokken opleidingstrajecten worden verdisconteerd. Daarmee worden deskundigheidsgebieden uiteindelijk niet losgelaten, maar veeleer opnieuw gedefinieerd. Dit gaat wellicht gepaard met de constatering dat er tussen deskundigheidsgebieden van beroepen een zekere overlap is ontstaan die vergt dat nadere afspraken moeten worden gemaakt over de samenwerking en de bijbehorende taak- en verantwoordelijkheidsverdeling. Voor die onderdelen waar geen duidelijke overlap bestaat, blijven de contouren van de deskundigheidsgebieden onverminderd in stand. Het bepleite loslaten van vaste domeinen opteert daarmee in wezen voor het loslaten van de formeel nog bestaande, maar in werkelijkheid niet meer geldende domeingrenzen en voor de explicitering en formalisering van de terreinen waar overlap bestaat. Van belang is hierbij wel om de grens vast te stellen tussen die terreinen waar overlap bestaat en die waar die overlap afwezig is. In zoverre verwijst het RVZ-pleidooi voor het 'loslaten' van vaste beroepsdomeinen naar een proces dat inherent is aan de voortschrijdende ontwikkelingen in de zorg. Deze ontwikkelingen vergen op zeker moment een duidelijke markering, met zo nodig een herziening van de eerdere regulering.

Het opheffen van het restant van de beroepsdomeinen onder de Wet BIG moet daarentegen om meerdere redenen ongewenst worden geacht. Deze gedachte van de RVZ gaat vooral voorbij aan de betekenis van deskundigheidsgebieden voor het vaststellen van juridische of tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor professionele activiteiten. Voor een gedegen beoordeling van die verantwoordelijkheid is een afbakening van werkterreinen onontbeerlijk. Voor zover het loslaten van vaste beroepsdomeinen taakherschikking al vermag te bevorderen, juridisch is het weinig raadzaam om taakherschikking tot elke prijs te willen realiseren. Het aanpassen van eindtermen van opleidingen in termen van competenties en competentieniveaus, het interprofessioneel opleiden en het bij- en nascholen leidt ook niet zozeer tot het slechten van beroepsdomeinen,[172] maar draagt veeleer bij tot begrip van de feitelijke bekwaamheden en verantwoordelijkheden van beroepen. Hierdoor kunnen op termijn mogelijk ook weerbarstige beroepsculturen worden geopend.

---

172 RVZ advies Bekwaam is bevoegd, p. 38.

Terwijl het adagium van de Wet BIG nog steeds luidt "Onbekwaam maakt onbevoegd" ziet de RVZ heil in het positief geformuleerde spiegelbeeld hiervan: bekwaam maakt bevoegd. Daarmee hanteert de RvZ echter een onjuist uitgangspunt. De wettelijke bekwaamheidseis voor het verrichten van voorbehouden handelingen wordt vermeld in artikel 35 lid 1 onder b, artikel 38 onder b en in artikel 36 lid 15. In artikel 35 lid 1 onder b en artikel 38 onder b heeft de eis betrekking op de kundigheid, de vaardigheid, de geschiktheid om een handeling in opdracht uit te voeren. In artikel 36 lid 15 is de bekwaamheidseis voor zelfstandig bevoegden vastgelegd. De wettelijke vereiste bekwaamheid heeft betrekking op het beroepsmatig handelen, ontstaat door zorgvuldige praktische oefening onder deskundig toezicht en veronderstelt een besef van verantwoordelijkheid. Tevens, en dat is hier van belang, heeft de bekwaamheidseis betrekking op verrichtingen die tot het eigen deskundigheidsgebied worden gerekend. Zo zijn verpleegkundigen bevoegd tot het ex artikel 35 verrichten van handelingen in opdracht, omdat het in opdracht verrichten van handelingen ingevolge artikel 33 onder b tot hun deskundigheidsgebied behoort. Alleen in die samenhang verleent het bekwaamheidsvereiste de betrokkene het juridisch relevante gezag (bevoegd zijn) voor de betreffende handeling. Dit gezag is evenwel niet onbegrensd, maar wordt juist mede bepaald door het deskundigheidsgebied van betrokkene. Het genoten opleidingstraject omlijnt daarbij eveneens de grenzen van dit gezag. Kortom, het bekwaamheidsvereiste is op zichzelf niet voldoende om een voorbehouden handeling legitiem te kunnen verrichten. Vanuit het oogpunt van de kwaliteit van zorgverlening kan daardoor niet met de eis van bekwaamheid, zoals door de RVZ voorgesteld, worden volstaan. Van de bevoegdheid tot het verrichten van een voorbehouden handeling is nog geen sprake indien betrokkene bekwaam daartoe is. Het blijft nochtans weinig reëel dat een verpleegkundige die geloofwaardig stelt een open-hart operatie te kunnen uitvoeren op basis van jarenlange aanwezigheid bij veel van dergelijke ingrepen, bevoegd moet worden geacht om die operatie buiten noodzaak uit te uitvoeren.

4.9 Het opleidingsstelsel in Europees perspectief

Meer generiek kan worden gesteld dat de toekomstbestendigheid van het stelsel van opleidingen en deskundigheidsgebieden in de Wet BIG mede moet worden bezien in het licht van Europese ontwikkelingen. Belangrijk in dat kader was onder meer de omzetting van de Europese Richtlijn inzake de erkenning van beroepskwalificaties[173]. Deze omzetting heeft geresulteerd in de Algemene Wet erkenning EG–beroepskwalificaties (AWEG-b)[174], die mede heeft geleid tot wijzigingen in de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) (artikel 7.6 lid 2) en de Wet BIG (artikelen 8, 41 en 45). Uit de aangepaste WHW volgt thans dat instellingen die een opleiding aanbieden gericht op een bepaald beroep, waar bij of krachtens de wet vereisten zijn gesteld ten aanzien van de kennis, het inzicht en de vaardigheden die betrokkenen gedurende die opleiding moeten hebben verworven, gehouden zijn om degenen die deze opleiding volgen voldoende in de gelegenheid te stellen aan die vereisten te voldoen. Tot deze vereisten behoren die welke ten aanzien van artsen, tandartsen, verloskundigen, apothekers en verpleegkundigen in de genoemde Richtlijn

173 Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en van de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties (PbEU L 255/22).

174 Wet van 6 december 2007, *Stb*. 2007, 530.

zijn neergelegd. Deze vereisten dienen daarmee te zijn verdisconteerd in de desbetreffende opleidingseisen en de bijbehorende deskundigheidsgebieden voor de genoemde artikel 3-beroepen. Het is nodig te bewaken dat dit in afdoende mate geschiedt en in hoeverre zich daarbij eventueel knelpunten voordoen.

De wijzigingen in de Wet BIG hebben primair betrekking op de positie van migrerende beroepsbeoefenaars, respectievelijk personen aan wie een erkenning van beroepskwalificaties zoals bedoeld in de AWEG-b is verleend. Deze erkenning is onder meer van belang voor registratie in het BIG-register, de periodieke registratie en het voeren van een wettelijk beschermde opleidingstitel.

Gelet op de toenemende harmonisatie van regelgeving binnen de EU en anticiperend op de gevolgen van de implementatie van de Europese richtlijn inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg[175] voor de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg valt te overwegen om, ter verkenning van toekomstige alternatieven voor de huidige beroepenwetgeving, een vergelijkend Europees onderzoek te verrichten naar verschillende nationale systemen in de regulering van beroepen in de individuele gezondheidszorg, welke ontwikkelingen en knelpunten zich daarin voordoen en in hoeverre Nederland daar lessen uit kan trekken. Hierin zijn de inzichten omtrent een Europese beroepenkaart te betrekken.

175 Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en van de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (PbEU L 88/45).

5

Voorbehouden handelingen

5.1 Inleiding

De doelstelling van de bevoegdheidsregeling voor voorbehouden handelingen is voorkomen dat personen die daartoe niet deugdelijk zijn opgeleid, handelingen verrichten die onverantwoorde risico's voor de patiënt kunnen opleveren. Om na te gaan of deze doelstelling van de Wet BIG wordt gerealiseerd, wordt in paragraaf 5.3 nagegaan hoe de bevoegdheidsregeling inzake voorbehouden handelingen in de praktijk is ingezet door zorgverleners en instellingen.

De tweede hoofdvraag valt uiteen in twee delen. De eerste is hoe de opvatting omtrent de bevoegdheidsregeling inzake voorbehouden handelingen zich in het licht van maatschappelijke ontwikkelingen heeft ontwikkeld. Daartoe zijn in paragraaf 5.4 de opvattingen van zorgverleners, instellingen en zorgverzekeraars over de bevoegdheidsverdeling opgenomen. Paragraaf 5.5 bevat een analyse van de resultaten van het empirisch onderzoek. Het tweede deel is welke veranderingen op basis van deze ontwikkeling zouden moeten plaatsvinden in de Wet BIG, welke besproken worden in de juridische analyse in paragraaf 5.6 en 5.7, waarbij in de laatste paragraaf wordt stilgestaan bij enkele aspecten van samenwerking en taakherschikking.

Dit hoofdstuk begint met een korte beschrijving van de regeling voorbehouden handelingen in paragraaf 5.2.

5.2 Voorbehouden handelingen in de Wet BIG

Het uitgangspunt van de Wet BIG is dat het iedereen in beginsel vrij staat handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg te verrichten. Dit geldt niet voor de zogenoemde voorbehouden handelingen. Deze handelingen mogen ingevolge artikel 36 alleen worden verricht door artsen, tandartsen en verloskundigen, en, voor wat betreft het voorschrijven van UR-geneesmiddelen, onder voorwaarden door aan te wijzen categorieën verpleegkundigen. Bij dit laatste gaat het om drie categorieën verpleegkundigen. Namelijk verpleegkundigen op het gebied van diabetes mellitus,

oncologie en astma/COPD.[176] Verder is op basis van artikel 36a (de experimenteerbepaling) via een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) aan physician assistants en verpleegkundig specialisten de bevoegdheid verleend om gedurende een periode van maximaal 5 jaar nader omschreven voorbehouden handelingen zelfstandig te verrichten.[177] Het gaat hierbij om handelingen behorend tot de uitoefening van het eigen deelgebied, die routinematig zijn en van beperkte complexiteit, waarvan de risico's te overzien zijn en die worden uitgeoefend volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen. Ook het opdracht geven tot het verrichten van voorbehouden handelingen is onderdeel van deze zelfstandige bevoegdheid.[178]

Het verrichten van voorbehouden handelingen is alleen geoorloofd voor zover het handelingen betreft die worden gerekend tot het eigen deskundigheidsgebied. Daarnaast geldt het vereiste van bekwaamheid. Zelfstandig bevoegden kunnen aan bekwame niet-zelfstandig bevoegden opdracht geven om een voorbehouden handeling uit te voeren. Daarbij dient de opdrachtgever tevens te zorgen voor toezicht en tussenkomst (artikel 35 lid 1 juncto artikel 38 Wet BIG). Ingevolge een AMvB krachtens artikel 39 mogen verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen en mondhygiënisten, mits in opdracht, bepaalde voorbehouden handelingen uitvoeren zonder dat daarbij toezicht en tussenkomst van de zelfstandig bevoegde opdrachtgever vereist zijn.[179] De vereiste bekwaamheid wordt hierbij verondersteld. Ten aanzien van deze handelingen zijn deze beroepen functioneel zelfstandig.

5.3 Inzet in de praktijk

In deze paragraaf worden de bevindingen uit het vragenlijstonderzoek gepresenteerd die betrekking hebben op de inzet van de bevoegdheidsregeling inzake voorbehouden handelingen door beroepsbeoefenaren en instellingen.

5.3.1 Kennis van beroepsbeoefenaren

Net als in de eerste evaluatie is aan beroepsbeoefenaren gevraagd om van verschillende beroepen aan te geven of deze volgens hen bevoegd zijn om buiten noodzaak op eigen initiatief, dus zonder opdracht, voorbehouden handelingen te verrichten. De onderstaande tabel geeft een overzicht.

---

176 Zie de Ontwerpregeling houdende het voorschrijven van UR-geneesmiddelen door bepaalde categorieën verpleegkundigen (ministerie van VWS, MEVA/BOA-3109304). Deze is als bijlage toegevoegd aan *Kamerstukken II* 2012/13, 29 477, nr. 204. De regeling zou op 1 juli 2013 in werking treden voor de verpleegkundigen diabetes mellitus en astma/COPD. Vanwege vertraging bij de opleidingen tot verpleegkundige oncologie bij het inrichten van de vereiste module Farmacotherapie wordt de inwerkingtreding van de regeling voor deze laatste categorie verpleegkundigen op 1 januari 2014 verwacht. Zie *Kamerstukken II* 2012/13, 29 477, nr. 241, p. 6/7 en 13 (noot 6).

177 Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant 21 december 2011 , *Stb.* 2011, 658. Dit besluit is op 1 januari 2012 in werking getreden en Besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten 21 december 2011, *Stb.* 2011, 659. Dit besluit is eveneens op 1 januari 2012 in werking getreden.

178 Zie *Stb.* 2011, 659 (nota van toelichting), p. 6.

179 Besluit functionele zelfstandigheid 29 oktober 1997, *Stb.* 1997, 524, laatstelijk gewijzigd bij *Stb.* 2006, 147.

Tabel 5.1: Welke van de volgende beroepsbeoefenaren zijn volgens u bevoegd om op eigen initiatief zonder opdracht voorbehouden handelingen te verrichten?

% correct antwoord	A N=246	HK N=185	HA N=177	GY N=221	VPS N=312	VP N=1353	TA N=273	MH N=229	KF N=191	VK N=288
Artsen	100%	100%	100% (99%)	100% (95%)	100%	98% (98%)	98% (98%)	98% (98%)	100%	—
Verloskundigen	92%	90%	98%	96%	—	97%	87%	—	71%	57%
Tandartsen	—	—	—	—	—	—	100% (97%)	98% (98%)	—	—

NB: getallen tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto en enquête beroepsgroepen EMGO/eerste evaluatie

De kennis omtrent de bevoegdheid van artsen is bij alle beroepsgroepen gelijk of iets beter dan in de eerste evaluatie. Opvallend is dat slechts 57% van de verloskundigen op de hoogte is van de eigen bevoegdheid.

Aan de beroepsbeoefenaren is ook een aantal beroepen voorgelegd dat niet bevoegd is om buiten noodzaak op eigen initiatief, dus zonder opdracht, voorbehouden handelingen te verrichten. De onderstaande tabellen geven een overzicht.

Tabel 5.2a: Welke van de volgende beroepsbeoefenaren zijn volgens u bevoegd om op eigen initiatief zonder opdracht voorbehouden handelingen te verrichten?

% correct antwoord	A N=246	HK N=185	HA N=177	GY N=221	VPS N=312	VP N=1353	VK N=288
Verpleegkundigen	44%	28%	40% (44%)	34% (48%)	67%	60% (58%)	34% (61%)
Klinisch fysici	29%	30%	24%	—	33%	22%	—
Radiotherapeutisch laboranten	54%	37%	46%	—	67%	51%	—
Doktersassistenten	78%	67%	77% (76%)	69%	92%	78%	75%
Verzorgenden	90%	81%	93% (89%)	— (80%)	94%	86% (88%)	— (88%)
Kraamverzorgenden	—	—	—	70%	—	—	89%

NB: getallen tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto en enquête beroepsgroepen EMGO/eerste evaluatie

Tabel 5.2b: Welke van de volgende beroepsbeoefenaren zijn volgens u bevoegd om op eigen initiatief zonder opdracht voorbehouden handelingen te verrichten?

% correct antwoord	TA N=273	MH N=229
Mondhygiënisten	46% (45%)	43% (62%)
Tandartsassistenten	97%	96%
Tandprothetici	61%	53%
Tandtechnici	91%	62%
Preventieassistenten	87%	88%

NB: de getallen tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer.

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto en enquête beroepsgroepen EMGO/eerste evaluatie

In de eerste evaluatie bleek dat een minderheid van de huisartsen en gynaecologen wist dat verpleegkundigen onbevoegd zijn om op eigen initiatief voorbehouden handelingen te verrichten. Dit percentage is nog iets gedaald, van 44 naar 40% bij de huisartsen en van 48 naar 34% bij de gynaecologen. De kennis over de onbevoegdheid van de verpleegkundigen is over de hele linie laag te noemen. De heelkundigen en verloskundigen vallen hier op: slechts 28% respectievelijk 34% van hen weet dat de verpleegkundige niet bevoegd is.

De kennis over welke beroepsgroepen onbevoegd zijn, is beduidend beperkter dan de kennis over de bevoegde beroepsgroepen. Over het algemeen zijn beroepsbeoefenaren wel goed op de hoogte van de onbevoegdheid van verzorgenden, tandartsassistenten, preventieassistenten en kraamverzorgenden, 64 tot 97% geeft terecht aan dat deze beroepsgroepen onbevoegd zijn. Een minderheid van de beroepsbeoefenaren weet dat klinisch fysici onbevoegd zijn.

Ten tijde van de eerste evaluatie gaf 62% van de mondhygiënisten aan dat de mondhygiënist onbevoegd is. Nu is dat gedaald naar 43%. De kennis bij de tandartsen over de bevoegdheid van de mondhygiënist ligt op een vergelijkbaar niveau: 46% van de tandartsen weet dat de mondhygiënist onbevoegd is. Tandartsen en mondhygiënisten zijn goed op de hoogte van de onbevoegdheid van de tandartsassistent en de preventieassistent.

Om de kennis van beroepsbeoefenaren over voorbehouden handelingen te meten, is van verschillende handelingen gevraagd of deze voorbehouden zijn. De onderstaande tabel geeft een overzicht.

Tabel 5.3a: Zijn de volgende handelingen voorbehouden? De handeling is voorbehouden

% correct antwoord	A	HK	HA	GY	VK	VPS	VP	KF
	N=248	N=185	N=176	N=219	N=294	N=319	N=1380	N=190
Injecteren	90%	83%	85%	85%	87%	87%	85%	75%
Venapunctie	78%	72%	83%	70%	87%	93%	91%	67%
Hechten	91%	85%	92%	90%	96%	84%	79%	37%
Blaaskatheterisatie	72%	66%	90%	55%	75%	88%	88%	51%
Toepassen defibrillatie	61%	54%	44%	50%	—	79%	57%	35%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Tabel 5.3b: Zijn de volgende handelingen voorbehouden? De handeling is voorbehouden

% correct antwoord	TA	MH
	N=274	N=226
Boren	92%	86%
Lokale anesthesie	90%	87%
Extraheren	96%	84%
Röntgenfoto's maken	73%	83%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Tabel 5.4: Zijn de volgende handelingen voorbehouden? De handeling is niet voorbehouden

% correct antwoord	A	HK	VPS	VP	KF	TA	MH
	N=248	N=185	N=319	N=1380	N=190	N=274	N=226
Wondverzorging	75%	72%	87%	73%	—	—	—
Laseren	10%	—	16%	—	22%	—	—
Periodieke controle	—	—	—	—	—	43%	64%
Supragingivaal tandsteen verwijderen	—	—	—	—	—	74%	70%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Tussen de 70% en 96% van de beroepsbeoefenaren (uitgezonderd klinisch fysici, tandartsen en mondhygiënisten) weet dat injecteren, venapunctie en hechten een voorbehouden handeling is. Bij blaaskatheterisatie ligt dat percentage tussen de 55% en 90%. Bij toepassen van defibrillatie ligt het percentage tussen de 44% en 79%.

Tandartsen en mondhygiënisten zijn goed op de hoogte van de aan hen voorgelegde, voor hen meeste relevante voorbehouden handelingen. Bij de niet voorbehouden handelingen bestaat meer onduidelijkheid. Slechts 43% van de tandartsen en 64% van de mondhygiënisten is er van op de hoogte dat een periodieke controle geen voorbehouden handeling is.

5.3.2 Opdrachtverlening door en aan beroepsbeoefenaren

Bepalen bekwaamheid

Om een voorbehouden handelingen in opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar te mogen uitvoeren, moet een niet-bevoegde beroepsbeoefenaar bekwaam zijn. Aan bevoegde beroepsbeoefenaren is de vraag voorgelegd hoe zij de bekwaamheid van de niet-bevoegde opdrachtnemer bepalen.

Tabel 5.5: Op welke wijze bepaalt u de bekwaamheid van een opdrachtnemer aan wie u een opdracht tot een voorbehouden handeling geeft?

Meerdere antwoorden mogelijk	A N=242	HK N=174	HA N=174	GY[180] N=214	VK N=280	VS N=316	TA N=272
Geeft nooit opdracht/niet van toepassing	25%	4%	6%	4%	36%	34%	29%
Veronderstelt bekwaamheid op grond van opleiding	60%	50%	62%	41% (45/55%)	46%	36%	42%
Stelt vooraf eenmaal vast voor welke handelingen opdrachtnemer bekwaam is	23%	23%	29%	37%	29%	21%	27%
Bepaalt periodiek voor welke handelingen de opdrachtnemer bekwaam is	7%	11%	13%	32%	8%	14%	19%
Beoordeelt per patiënt of de opdrachtnemer bekwaam is	16%	14%	14%	17% (22/15%)	13%	18%	38%
Beoordeelt per handeling of de opdrachtnemer bekwaam is	45%	43%	38%	37% (53/34%)	44%	46%	49%
Gemiddeld aantal ingevulde antwoorden	1,5	1,4	1,5	1,6	1,4	1,4	1,8

NB: de getallen tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer.

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto en enquête beroepsgroepen EMGO/eerste evaluatie

Van de heelkundigen, huisartsen en gynaecologen geeft 4 tot 6% nooit opdracht; bij de overige groepen gaat het om 25 tot 36%. Artsen, heelkundigen en huisartsen veronderstellen in meerderheid (50 tot 62%) bekwaamheid op grond van opleiding. Bij de overige groepen ligt dit iets lager (36 tot 42%). De daarop volgende meest gebruikte manier is het eenmaal vooraf vaststellen van de bekwaamheid (23 tot 37%). De andere manieren van beoordelingen worden minder ingezet. Een op de zes beroepsbeoefenaren beoordeelt dit per patiënt (m.u.v. de tandartsen waarvan 38% zegt dit te doen). Van de gynaecologen geeft 32% aan dat de bekwaamheid periodiek wordt bepaald, van de andere beroepsgroepen geeft 7 tot 19% aan dat periodiek te doen. Het gemiddeld aantal ingevulde antwoorden laat overigens zien dat een aanzienlijk deel van de beroepsbeoefenaren meerdere manieren hanteert om de bekwaamheid vast te stellen.

180 In de eerste evaluatie is de gynaecologen naar de wijze van opdrachtverlening aan zowel verpleegkundigen als verloskundigen gevraagd. Beide percentages uit de eerste evaluatie staan hier weergegeven.

Opdrachtgevers en opdrachtnemers naar beroepsgroep

Aan beroepsbeoefenaren is gevraagd aan welke beroepsbeoefenaren zij opdracht geven. De onderstaande tabel laat zien aan welke drie beroepsgroepen de betreffende beroepsgroep het meeste opdracht geeft.

Tabel 5.6: Opdrachtnemers naar opdrachtgevers

Opdrachtgever	Gemiddeld aantal genoemd	Opdrachtnemer 1e plaats		Opdrachtnemer 2e plaats		Opdrachtnemer 3e plaats	
A N=204	1,8	Verpleegkundige	77%	Verpleegk. specialist	40%	Doktersassistent	30%
HK N=187	2,3	Verpleegkundige	87%	Verpleegk. specialist	82%	Doktersassistent	39%
HA N=176	3,3	Doktersassistent	87%	Praktijkondersteuner	74%	Verpleegkundige	71%
GY N=218	3,1	Verpleegkundige	86%	Verloskundige	79%	Doktersassistent	48%
VK N=199	1,8	Verpleegkundige	70%	Kraamverzorgende	40%	Verpleegk. specialist	23%
VS N=223	1,5	Verpleegkundige	83%	Doktersassistent	29%	Verzorgende	24%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Huisartsen en gynaecologen geven gemiddeld aan ruim drie andere beroepsgroepen opdrachten tot voorbehouden handelingen. Voor de chirurgen is dit ruim twee en voor de overige beroepsgroepen minder dan twee. Alle bevraagde beroepsgroepen behalve de huisartsen geven voornamelijk opdracht aan de verpleegkundige (70 tot 87% van de gevallen). De huisartsen geven voornamelijk opdrachten aan de doktersassistent. De tweede en derde plaats verschilt per beroepsgroep.

Wijze van opdracht verlenen

Voor een aantal beroepsgroepen is nagegaan op welke wijze de opdrachtverlening voor bepaalde voorbehouden handelingen plaatsvindt. Het gaat om de opdracht tot intramusculair injecteren aan de verpleegkundige, injecteren door de doktersassistent en praktijkondersteuner huisarts (POH), röntgenfoto's door mondhygiënisten en tandartsassistenten en lokale anesthesie door mondhygiënisten.[181]

181 Deze vraag is ook gesteld over verzorgende VIG/niet-VIG, daar te lage N (tussen 6 en 27) voor analyse.

Tabel 5.7: Hoe vaak geeft u op de volgende wijze aan een verpleegkundige de opdracht tot intramusculair injecteren?

% meestal en altijd	A N=130	HK N=139	GY N=160	VS N=130
Eenmalige schriftelijke opdracht	42%	52%	63%	52%
Doorlopende schriftelijke opdracht	44%	49%	38%	43%
Schriftelijke opdracht in protocol	30%	47%	62%	44%
Mondelinge opdracht, zonder schriftelijke bevestiging	14%	16%	16% (38%)	5%
Mondelinge opdracht, waarna schriftelijke bevestiging	36%	25%	44% (40%)	23%
Nooit, want functioneel zelfstandig	3%	21%	21%	20%

NB: de getallen tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer.

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto en enquête beroepsgroepen EMGO/eerste evaluatie

Van de bevraagde beroepsbeoefenaren geeft 5 tot 16% aan mondeling opdracht te geven zonder schriftelijke bevestiging. Dit is een daling ten opzichte van de eerste evaluatie toen nog 38% van de gynaecologen aangaf mondeling opdracht te geven zonder schriftelijke bevestiging. Het percentage met betrekking tot de mondelinge opdracht zonder schriftelijke bevestiging ligt een stuk lager dan de percentages bij eenmalig schriftelijk opdracht geven (42 tot 63%), doorlopende schriftelijke opdracht (38 tot 49%) en schriftelijke opdracht in protocol (30 tot 62%). Van de beroepsbeoefenaren geeft 23 tot 36% aan mondeling opdracht te geven, waarna deze schriftelijk wordt bevestigd.

Aan huisartsen is de vraag voorgelegd op welke wijze zij aan een doktersassistent en een praktijkondersteuner opdracht geven tot injecteren. De onderstaande tabel geeft een overzicht.

Tabel 5.8: Hoe vaak geeft u op de volgende wijze aan een doktersassistent/POH de opdracht tot injecteren?

HA N=114 % meestal en altijd	doktersass.	POH
Eenmalige schriftelijke opdracht	11%	6%
Doorlopende schriftelijke opdracht	23%	15%
Schriftelijke opdracht in protocol	41%	38%
Mondelinge opdracht, zonder schriftelijke bevestiging	67%	47%
Mondelinge opdracht, waarna schriftelijke bevestiging	13%	12%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Van de huisartsen geeft 67% aan de doktersassistent mondeling en zonder schriftelijke bevestiging opdracht te geven (praktijkondersteuner 47%).

Aan tandartsen is de vraag voorgelegd op welke wijze zij een mondhygiënist en een tandartsassistent opdracht geven tot het maken van rontgenfoto`s. Bij de opdrachtverlening aan mondhygiënisten is

tevens gevraagd naar lokale anesthesie. Mondhygienisten is gevraagd op welke wijze zij opdrachten ontvangen. Zij zijn overigens voor het geven van lokale anesthesie functioneel zelfstandig. Ten aanzien van het maken van rontgenfoto`s zijn zij niet functioneel zelfstandig.[182]

Tabel 5.9: Hoe vaak geeft u op de volgende wijze aan een mondhygiënist/tandartsassistent de opdracht tot lokale anesthesie/het maken van rontgenfoto`s?

% meestal en altijd	TA Mondhygiënist lokale anesthesie N=117-132	TA Mondhygiënist röntgenfoto`s N=120-136	TA Tandarts-ass. röntgenfoto's N=71-83	MH Mondhygiënist lokale anesthesie* N=194-209	MH Mondhygiënist röntgenfoto`s* N=200-214
Eenmalige schriftelijke opdracht	7% (13%)	3%	7%	14% (14%)	5%
Doorlopende schriftelijke opdracht	11% (14%)	4%	9%	21% (21%)	6%
Schriftelijke opdracht in protocol	20%	16%	33%	11%	9%
Mondelinge opdracht, zonder schriftelijke bevestiging	28% (47%)	29%	60%	32% (51%)	22%
Mondelinge opdracht, waarna schriftelijke bevestiging	6% (1%)	3%	7%	3% (4%)	10%

De eerste drie kolommen geven de antwoorden van tandartsen weer, de laatste twee de antwoorden van de mondhygiënisten.

*Aan mondhygiënisten is gevraagd hoe vaak zij op deze wijzen opdracht ontvangen. Deze resultaten staan hier weergegeven.

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Tandartsen die mondhygiënisten opdracht geven tot lokale anesthesie doen dit het vaakst in een mondelinge opdracht zonder schriftelijke bevestiging (28%). Van de mondhygiënisten geeft 32% aan dat de opdrachtverlening altijd dan wel meestal op die wijze plaatsvindt. Bij het opdracht geven tot het laten maken van röntgenfoto`s zit er een verschil tussen de opdrachtverlening aan mondhygiënisten en tandartsassistenten. Van de tandartsen geeft 60% mondeling opdracht aan tandartsassistenten, zonder schriftelijke bevestiging. Ten aanzien van mondhygiënisten gebeurt dat in 29% van de gevallen op die manier. Ten opzichte van de eerste evaluatie is er een afname in het percentage mondelinge opdracht zonder schriftelijke bevestiging voor lokale anesthesie aan de mondhygiënist waarneembaar (van 47 naar 28%).

Redenen voor het verlenen van opdrachten

De beroepsbeoefenaren is ook gevraagd wat voor hen de redenen zijn om een opdrachtnemer de opdracht te geven een bepaalde voorbehouden handeling uit te voeren.

182 Volgens de Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënisten (NVM) is de mondhygiënist een zelfstandig beroep en hebben zij ook vaak een eigen praktijk. Gevolg hiervan is dat mondhygiënisten bepaalde handelingen in die praktijk niet kunnen uitvoeren, doordat er geen tandarts werkt die de vereiste opdracht daartoe van verlenen.

Tabel 5.10: In hoeverre gelden voor u de volgende redenen om een verpleegkundige de opdracht te geven tot intramusculair injecteren?

% ja	A N=128	HK N=126	GY N=151	VS N=99
Hij/zij kan dit net zo goed als ik	83%	92%	82% (83%)	85%
Hij/zij kan dit beter dan ik	55%	38%	52% (33%)	28%
Te druk	73%	85%	77% (64%)	49%
Geen uitdaging	30%	36%	46% (31%)	8%
Doelmatiger	86%	97%	98%	85%
Niet altijd aanwezig	76%	94%	91%	77%

NB: getallen tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto en enquête beroepsgroepen EMGO/eerste evaluatie

De voornaamste redenen om opdracht te geven aan de verpleegkundige tot intramusculair injecteren is dat dit doelmatiger is (85 tot 98%), dat de verpleegkundige dat net zo goed kan als de beroepsbeoefenaar die opdracht geeft (82 tot 92%) en dat de opdrachtgever niet altijd aanwezig is (77 tot 94%). Dat de handeling geen uitdaging vormt of dat de verpleegkundige dit beter kan, vormen in mindere mate redenen om opdracht te geven. Een meerderheid van de artsen (55%) en de gynaecologen (52%) is wel van mening is dat de verpleegkundige dit beter kan.[183] Het percentage gynaecologen dat dat vindt, is ten opzichte van de vorige evaluatie toegenomen.

Tabel 5.11: In hoeverre gelden voor u de volgende redenen om een doktersassistent/POH de opdracht te geven tot injecteren?

HA N=145 % ja	doktersass.	POH
Hij/zij kan dit net zo goed als ik	94% (93%)	83%
Hij/zij kan dit beter dan ik	18%	18%
Te druk	68% (71%)	57%
Geen uitdaging	26% (47%)	24%
Doelmatiger	93%	83%
Niet altijd aanwezig	49%	44%

NB: de getallen tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer.

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto en enquête beroepsgroepen EMGO/eerste evaluatie

Ook aan huisartsen is de vraag voorgelegd waarom zij opdracht geven aan de doktersassistent en de praktijkondersteuner. Daaruit blijkt meer dan 90% van de huisartsen de opdracht tot injecteren aan de doktersassistent te verstrekken (meer dan 80% bij de praktijkondersteuner) uit

183 Verpleegkundigen zijn functioneel zelfstandig bevoegd tot intramusculair injecteren. Om die reden zijn de vereisten van toezicht, tussenkomst en het zich vergewissen van bekwaamheid door de opdrachtgever niet van toepassing. Bijgevolg zijn hierover geen vragen gesteld.

doelmatigheidsoverwegingen en omdat deze dit net zo goed kan als zij zelf. De overige overwegingen, zoals drukte en het gebrek aan uitdaging, scoren lager. Tijdens de eerste evaluatie gaf nog 47% van de huisartsen opdracht vanwege het gebrek aan uitdaging en in de huidige evaluatie is dat gedaald naar 26%.

De redenen die tandartsen voor het geven van opdrachten geven, komen overeen met de redenen die worden gegeven voor het geven van opdracht aan de verpleegkundigen, doktersassistenten en praktijkondersteuners. Namelijk uit doelmatigheidsoverweging en de opvatting dat de mondhygiënist en de tandartsassistent dit net zo goed kunnen als de tandarts (ten opzichte van de eerste evaluatie is hier een afname van 87 naar 54% waarneembaar).

Toezicht en tussenkomst

Doktersassistenten en praktijkondersteuners zijn, anders dan verpleegkundigen, niet functioneel zelfstandig bevoegd tot injecteren. De regeling voorbehouden handelingen schrijft daarom toezicht en tussenkomst door de opdrachtgever, in dit geval de huisarts, voor.

Tabel 5.12: Hoe vaak biedt u de volgende mogelijkheden voor toezicht en tussenkomst aan de doktersassistent /POH indien u een opdracht geeft tot injecteren?

HA N=144 % ja	doktersass.	POH
Direct toezicht houden op plaats handeling	20%	20%
Fysiek kunnen ingrijpen als het mis gaat	77% (74%)	55%
Op afstand bereikbaar zijn	80% (71%)	73%
Controle achteraf	20%	21%

NB: de getallen tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer.

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto en enquête beroepsgroepen EMGO/eerste evaluatie

Op de vraag hoe vaak en op welke wijze toezicht en tussenkomst wordt geboden, antwoorden huisartsen dat zij dit meestal doen in de vorm van op afstand bereikbaar zijn (80% en 73%) of direct fysiek ingrijpen bij de doktersassistent (77%, ten aanzien van de POH geeft 55% van de huisartsen dat aan). Controle achteraf en direct toezicht houden wordt door één op de vijf huisartsen ingezet. Deze percentages komen grotendeels overeen met die in de eerste evaluatie.

Het toezicht door tandartsen bij het maken van röntgenfoto's is bij de tandartsassistent scherper dan bij de mondhygiënist. Van de tandartsen doet 84% dit altijd/meestal als de tandartsassistent röntgenfoto's maakt. Met betrekking tot de mondhygiënist bedraagt dit percentage 28%.

5.3.3 Inbedding voorbehouden handelingen in protocollen en richtlijnen

In zowel deze als de vorige evaluatie is aan verpleegkundigen de vraag voorgelegd of in de instelling waarin zij werkzaam zijn protocollen of schriftelijke richtlijnen aanwezig zijn ten aanzien van

voorbehouden handelingen. In de huidige evaluatie is deze vraag ook aan verpleegkundig specialisten voorgelegd.

Tabel 5.13: Zijn er in de instelling waarin u werkzaam bent protocollen of schriftelijke richtlijnen ten aanzien van voorbehouden handelingen aanwezig?

% ja	VPS ZH N=232	VP ZH N=534	VP VH N=120	VP TZ N=185	VP (V)GZ N=121
Protocollen/richtlijnen aanwezig	89%	88% (88%)	96% (84%)	90% (84%)	81% (71%)

NB: de getallen tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer.

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto en enquête beroepsgroepen EMGO/eerste evaluatie

Van de verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die in ziekenhuizen werkzaam zijn, geeft bijna 90% aan dat er schriftelijke richtlijnen of protocollen aanwezig zijn. Dat percentage is niet veranderd ten opzichte van de eerste evaluatie. Bij verpleegkundigen werkzaam in verpleeg- of verzorgingshuizen ligt het percentage iets hoger (96%); bij verpleegkundigen werkzaam in de gehandicaptenzorg iets lager (81%). Ten opzichte van de vorige evaluatie zijn deze percentages iets toegenomen.

Tabel 5.14: Welke onderwerpen worden in de schriftelijke richtlijnen of protocollen beschreven?

meerdere antwoorden mogelijk	VPS ZH N=207	VP ZH N=470	VP VH N=115	VP TZ N=166	VP (V)GZ N=98
De handelingen die zonder toezicht en tussenkomst door een verpleegkundige mogen worden uitgevoerd.	82%	73% (82%)	72% (88%)	80% (86%)	66% (78%)
De manier waarop een opdracht dient te worden gegeven.	57%	58% (53%)	67% (57%)	71% (64%)	46% (47%)
De manier waarop bekwaamheid dient te worden bepaald.	51%	47% (43%)	66% (34%)	52% (50%)	62% (45%)
De handelingen die zijn voorbehouden.	87%	84% (42%)	85% (36%)	90% (37%)	77% (49%)
De voorwaarden voor het aannemen van een opdracht.	45%	35% (37%)	46% (39%)	50% (57%)	40% (30%)
De manier waarop toezicht en tussenkomst dienen te worden geboden.	36%	27% (24%)	37% (22%)	29% (22%)	32% (31%)
De verdeling van de verantwoordelijkheid bij het geven en aannemen van opdrachten.	37%	31% (22%)	43% (23%)	33% (29%)	33% (33%)
De manier waarop aanwijzingen dienen te worden gegeven.	30%	25% (20%)	43% (22%)	31% (26%)	28% (21%)
Ik ben niet op de hoogte van de inhoud van de schriftelijke richtlijnen of protocollen	4%	8%	8%	6%	13%

NB: de getallen tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer.

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto en enquête beroepsgroepen EMGO/eerste evaluatie

De onderwerpen die aan de orde komen in de schriftelijke richtlijnen of protocollen zijn niet wezenlijk anders dan de onderwerpen die tijdens de eerste evaluatie werden aangegeven. De grootste verschuiving is te zien bij het benoemen van de voorbehouden handelingen in de schriftelijke richtlijnen of protocollen. Deze percentages zijn toegenomen van 36 tot 49% in de vorige evaluatie naar 77 tot 90% in de huidige evaluatie. Het beschrijven van de handelingen die zonder toezicht en tussenkomst door een verpleegkundige mogen worden uitgevoerd is iets afgenomen (van 78 tot 88% in de vorige evaluatie naar 66 tot 82% in de huidige evaluatie).

Het feit dat een instelling beschikt over schriftelijke richtlijnen of protocollen wil niet zeggen dat de beroepsbeoefenaren, die geacht worden volgens deze protocollen te werken, deze ook allen kennen en er naar handelen. Van de verpleegkundig specialisten zegt 4% niet op de hoogte te zijn van de inhoud van de protocollen of schriftelijke richtlijnen; bij de verpleegkundigen is dat 6 tot 13%. Van de verpleegkundigen geeft 28% aan dat zij zelden of nooit werken met de schriftelijke richtlijnen of

protocollen. Van de verpleegkundig specialisten geeft 19% dat aan. Bij verpleegkundigen die werkzaam zijn in de gehandicaptenzorg ligt dit percentage hoger: 49%.[184]

Tabel 5.15: Reden afwijken richtlijnen en protocollen

meerdere antwoorden mogelijk	VPS N=277	VP N=1114
De individuele situatie van de patiënt.	64%	35%
De schriftelijke richtlijn/het protocol was niet goed uitvoerbaar.	11%	7%
Tijdgebrek.	2%	3%
De schriftelijke richtlijn/het protocol was niet helder geformuleerd.	3%	3%
Anders	2%	6%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Tweederde van de verpleegkundig specialisten en 40% van de verpleegkundigen geeft aan dat zij wel eens afwijken van de schriftelijke richtlijnen of protocollen ten aanzien van voorbehouden handelingen. Net als in de eerste evaluatie is de voornaamste reden daarvoor gelegen in de individuele situatie van de patiënt (verpleegkundig specialist 64% en verpleegkundige 35%). De uitvoerbaarheid van de schriftelijke richtlijnen of protocollen is voor een klein deel van de beroepsbeoefenaren (11 en 7%) een reden om af te wijken. Redenen als tijdgebrek en gebrek aan helderheid in de protocollen worden nauwelijks genoemd (2-3%).

5.3.4 Beleid van zorginstellingen ten aanzien van voorbehouden handelingen

Aan zorginstellingen is een aantal vragen voorgelegd over de wijze waarop zij hun beleid ten aanzien van voorbehouden handelingen hebben vormgegeven. In bijna alle bevraagde instellingen worden voorbehouden handelingen uitgevoerd. Alleen in een deel van de privé klinieken en de GGZ instellingen wordt aangegeven dat geen voorbehouden handelingen worden uitgevoerd. Aan de instellingen waar voorbehouden handelingen worden uitgevoerd, is vervolgens een aantal vragen voorgelegd over dit onderwerp. Uit de antwoorden daarop blijkt dat vrijwel alle instellingen beleid voeren dat gericht is op voorbehouden handelingen.

184 Tijdens de eerste evaluatie gaf 1% van de verpleegkundigen aan dat zij niet volgens de schriftelijke richtlijnen of protocollen en gaf 35% aan dat zij dat ten dele deden. Door verschillen in vraagstelling zijn de gegevens uit de eerste en huidige evaluatie op dit punt niet goed met elkaar te vergelijken.

Tabel 5.17: Op welke wijze is het beleid ten aanzien van voorbehouden handelingen uitgewerkt in uw instelling?

% ja	ZK N=43	VPH N=28	PK N=16	GGZ N=30	TZ N=25	IVB N=28
Er is een beschrijving van de in de instelling voorkomende voorbehouden handelingen.	89% (82%)	100% (84%)	100% (31%)	73% (79%)	100% (76%)	91%
Er is een beleidsnotitie ten aanzien van voorbehouden handelingen.	89% (71%)	100% (77%)	76% (19%)	77% (61%)	100% (75%)	94%
Er zijn protocollen/richtlijnen voor bepaalde voorbehouden handelingen.	85% (67%)	87% (64%)	88% (50%)	90% (68%)	77% (53%)	81%
Er zijn protocollen/richtlijnen voor alle voorbehouden handelingen.	85% (53%)	97% (60%)	94% (44%)	53% (29%)	97% (68%)	77%
Op afdelingsniveau is er beleid ten aanzien van voorbehouden handelingen, maar niet op instellingsniveau.	40%	21%	19%	13%	20%	4%
Er is schriftelijk toetsings- en bijstellingsbeleid ten aanzien van het omgaan met voorbehouden handelingen.	74% (41%)	94% (42%)	71% (6%)	35% (7%)	72% (36%)	81%
Er is een training- en scholingsbeleid voor beroepsbeoefenaren voor het verrichten van voorbehouden handelingen.	94% (87%)	100% (87%)	76% (56%)	81% (75%)	93% (93%)	91%
Er zijn bekwaamheidsverklaringen voor individuele beroepsbeoefenaren voor het verrichten van voorbehouden handelingen.	80% (69%)	97% (81%)	88% (19%)	40% (36%)	86% (56%)	94%
Er zijn bekwaamheidsverklaringen voor groepen beroepsbeoefenaren voor het verrichten van voorbehouden handelingen.	44% (23%)	40% (18%)	25% (13%)	43% (18%)	44% (10%)	27%
Wij voeren geen beleid gericht op voorbehouden handelingen.	3%	0%	0%	11%	5%	4%

NB: de getallen tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer.

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

Het beleid van zorginstellingen ten aanzien van voorbehouden handelingen is voornamelijk uitgewerkt in een beschrijving van de in de instelling voorkomende voorbehouden handelingen, een beleidsnotitie ten aanzien van voorbehouden handelingen en het opstellen van protocollen/richtlijnen voor bepaalde dan wel alle voorbehouden handelingen.

De mate waarin beleid is uitgewerkt, is sterk toegenomen sinds de eerste evaluatie. De grootste toename is zichtbaar bij de privé klinieken, maar bij alle instellingen is een toename waarneembaar. Over het algemeen zijn voorbehouden handelingen niet specifiek op afdelingsniveau geregeld. Van de ziekenhuizen geeft 40% aan op afdelingsniveau beleid te hebben ten aanzien van voorbehouden handelingen, bij andere instellingen is dat in mindere mate het geval (4 tot 21%).

Door technologische en andere ontwikkelingen kan de manier waarop voorbehouden handelingen het beste kunnen worden uitgevoerd veranderen. Het is zodoende van belang dat het beleid ten

aanzien voorbehouden handelingen met enige regelmaat bijgesteld wordt. Een wisselend aantal instellingen geeft aan dat ze een schriftelijk toetsings- en bijstellingsbeleid hebben. Bij instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg is dit 35%. Bij de andere instellingen is dit tussen de 71% en 94% het geval. Ook dit is een sterke toename sinds de eerste evaluatie. Ten tijde van de eerste evaluatie beschikten veel instellingen al over een training- en scholingsbeleid voor beroepsbeoefenaren voor het verrichten van voorbehouden handelingen. Dit heeft zich verder ontwikkeld, waarbij de grootste toename zichtbaar is bij de privé klinieken (van 56 naar 76%).

Op individueel niveau wordt het verrichten van voorbehouden handelingen over het algemeen geregeld via bekwaamheidsverklaringen. Alleen bij de instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg is dat in mindere mate het geval. Daarvan geeft slechts 40% aan dat ze gebruik maken van individuele bekwaamheidsverklaringen. Bij alle instellingen is een toename in het gebruik van individuele bekwaamheidsverklaringen te zien. De sterkste toename is waarneembaar bij de privé klinieken en de thuiszorgorganisaties.

In slechts 25% tot 44% van instellingen wordt gewerkt met bekwaamheidsverklaringen voor groepen beroepsbeoefenaren. Hier is wederom een aanzienlijke toename ten opzichte van de eerste evaluatie waarneembaar.

5.4 Opvattingen

Beroepsbeoefenaren is gevraagd naar de mate van (on)duidelijkheid van bepaalde onderdelen van de regeling voorbehouden handelingen.

Tabel 5.18: De regeling voorbehouden handelingen is op de volgende punten voldoende duidelijk

% onduidelijk/weet niet	A N=246	HK N=179	HA N=177	GY N=219	VK N=289	VPS N=320	VP N=1376	TA N=276	MH N=227	KF N=187
Welke handelingen voorbehouden zijn aan een arts.*	25%	33%	21% (31%)	19% (15%)	13% (13%)	8%	25% (17%)	13% (13%)	15% (12%)	54%
Wie welke handelingen zonder toezicht en tussenkomst mag uitvoeren.	68%	74%	67%	49%	41%	26%	47%	43%	41%	76%
De manier waarop opdrachten dienen te worden gegeven.	65%	62%	53% (45%)	42% (40%)	49% (44%)	35%	39% (28%)	52% (50%)	53% (40%)	83%
De manier waarop bekwaamheid dient te worden bepaald.	75%	70%	69% (75%)	52% (70%)	52% (44%)	37%	42% (34%)	65% (65%)	63% (39%)	80%
De manier waarop toezicht en tussenkomst dient te worden geboden.	82%	83%	81% (60%)	66% (63%)	70% (73%)	52%	65% (57%)	63% (61%)	69% (49%)	87%
De verdeling van de verantwoordelijkheid bij het geven van opdrachten.	63%	68%	57% (59%)	47% (47%)	54% (48%)	46%	54% (44%)	48% (54%)	62% (52%)	77%

* Bij tandartsen en mondhygiënisten is naar tandartsen gevraagd i.p.v. naar artsen, bij verloskundigen naar verloskundigen en bij gynaecologen naar gynaecologen.

NB: de getallen tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer.

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto en enquête beroepsgroepen EMGO/eerste evaluatie

Bij de stelling of duidelijk is welke handelingen voorbehouden zijn, geeft tussen de 25% en 8% aan dat het voor hun onvoldoende duidelijk is. Bij chirurgen (33%) en klinisch fysici (54%) ligt dit hoger. Over de hele linie heerst er bij grote groepen beroepsbeoefenaren onduidelijkheid over het stelsel van voorbehouden handelingen en de wijze van opdrachtverlening. Met name de manier waarop toezicht en tussenkomst dient te worden geboden vindt een groot gedeelte (87% tot 52%) van de beroepsbeoefenaren onduidelijk.

Vergelijking met de eerste evaluatie wijst uit dat er geen grote verschuivingen zijn met betrekking tot de (on)duidelijkheid over welke handelingen voorbehouden zijn aan een arts. Alleen bij de huisartsen is het percentage dat onduidelijk vindt welke handelingen voorbehouden zijn, gedaald van 31 naar 21%.

Welke beroepsbeoefenaar welke handelingen zonder toezicht en tussenkomst mag verrichten wordt door een kwart (verpleegkundig specialist) tot driekwart (heelkundigen) niet als duidelijk ervaren. Bij opdrachtnemers (verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en mondhygiënisten) heerst over het algemeen iets minder onduidelijkheid dan bij opdrachtgevers (artsen, heelkundigen, huisartsen, gynaecologen en tandartsen). Klinisch fysici antwoorden vaker dan de andere beroepsgroepen dat zij een bepaald aspect onvoldoende duidelijk vinden.

Ten opzichte van de eerste evaluatie zijn voor de verschillende beroepsgroepen kleine verschuivingen waarneembaar in de mate waarin zij zaken onduidelijk vinden. Hieruit komt geen duidelijk beeld naar voren van toegenomen of afgenomen onduidelijkheid.

Reikwijdte voorbehouden handelingen

Aan de beroepsbeoefenaren, leden van de tuchtcolleges en aan de advocaten is de vraag voorgelegd of handelingen die niet tot doel hebben de gezondheid van de patiënt te bevorderen, onder de reikwijdte van de Wet BIG vallen of moeten vallen. Voorbeelden van dergelijke handelingen zijn het maken van incisies en injecteren tijdens een borstvergrotingsoperatie die uitsluitend uit cosmetisch oogpunt wordt verricht of besnijdenis uit religieuze motieven.

Tabel 5.19: Reikwijdte voorbehouden handelingen

	A N=246	HK N=182	HA N=179	GY N=217	VK N=290	VPS N=320	VP N=1370	TA N=278	Tucht N=151	Adv N=43
Voorbehouden handelingen moeten altijd onder de reikwijdte van de Wet BIG vallen, ook als ze niet tot doel hebben de gezondheid van de patiënt te bevorderen.	93%	89%	91%	94%	86%	93%	88%	90%	78%	91%
Voorbehouden handelingen moeten alleen onder de reikwijdte van de Wet BIG vallen, als ze tot doel hebben de gezondheid van de patiënt te bevorderen.	7%	12%	10%	6%	14%	7%	12%	10%	23%	9%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

De overgrote meerderheid van de beroepsbeoefenaren geeft aan dat voorbehouden handelingen altijd onder de reikwijdte van de Wet BIG moeten vallen, ook als ze niet tot doel hebben de gezondheid van de patiënt te bevorderen. Bij de leden van de tuchtcolleges is eenzelfde beeld te herkennen. De meerderheid is wel kleiner (78% tegen over gemiddeld 90% bij de beroepsbeoefenaren). Advocaten zijn procentueel gezien dezelfde mening toegedaan als de beroepsbeoefenaren.

5.5 Analyse empirie

De doelstelling van de bevoegdheidsregeling voor voorbehouden handelingen is voorkomen dat personen die daartoe niet deugdelijk zijn opgeleid, handelingen verrichten die onverantwoorde risico's voor de patiënt kunnen opleveren. Uit het uitgevoerde empirisch onderzoek blijkt dat deze doelstelling in de praktijk niet altijd wordt gerealiseerd. Om te beginnen voldoet de medische praktijk in Nederland niet aan een aantal belangrijke voorwaarden om deze doelstelling te realiseren. Startpunt is dat de kennis omtrent de onbevoegdheid van bepaalde beroepsgroepen beperkt is. Een minderheid van de bevraagde artsen en specialisten, die veelal de opdrachtgevers aan verpleegkundigen zullen zijn, weet dat verpleegkundigen niet zelfstandig bevoegd zijn om zonder opdracht voorbehouden handelingen uit te voeren. De kennis over de onbevoegdheid van de verpleegkundige kan beperkt worden genoemd en is sinds de vorige evaluatie eerder afgenomen dan toegenomen. De kennis over welke handelingen voorbehouden zijn, vertoont minder hiaten.

Een tweede belangrijke voorwaarde om de doelstelling van de bevoegdheidsregeling voor voorbehouden handelingen te bereiken, is dat er bij de beroepsgroepen die dagelijks werken onder het regime van de regeling voldoende duidelijkheid bestaat over de verschillende begrippen en onderdelen van de regeling. Op dit punt laat het empirisch onderzoek zien dat er bij een groot deel van de beroepsgroepen die in het onderzoek zijn betrokken een aanzienlijke mate van onduidelijkheid bestaat over de bevoegdheidsregeling voor voorbehouden handelingen.

Dat voorbehouden handelingen kunnen worden verricht door anderen dan de zelfstandig bevoegden, blijkt te voorzien in een behoefte in de praktijk. Er wordt met name op grond van doelmatigheidsoverwegingen opdracht gegeven tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen. Daarbij geven de opdrachtgevers vaak aan dat de opdrachtnemers dat net zo goed kunnen als zijzelf en soms zelfs beter. In dat licht bezien, bestaat er geen aanleiding te veronderstellen dat door het geven van opdrachten zich onverantwoorde risico's voor de patiënt voordoen.

Een van de uitgangspunten van de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen is dat voorbehouden handelingen uitsluitend door daartoe bekwame personen worden uitgevoerd. Een bevoegde beroepsbeoefenaar mag uitsluitend een voorbehouden handeling verrichten als hij daartoe bekwaam is. De Wet BIG bevat geen aanknopingspunten over hoe de bekwaamheid van bevoegde beroepsbeoefenaren moet worden beoordeeld. Dit wordt door beroepsorganisaties als een gebrek ervaren. Het is een algemene beroepsnorm om binnen de grenzen van de eigen bekwaamheid te handelen. Ook voor de onbevoegde opdrachtnemer geldt dat deze bekwaam moet zijn. Over het algemeen wordt de bekwaamheid niet door opdrachtgevers getoetst, maar verondersteld op basis van de genoten opleiding. Degene die opdracht geeft weet daarnaast niet altijd wie deze uitvoert. Een

systeem van bekwaamheidsverklaringen kan daarbij helpen. Dit is een verantwoordelijkheid van de instelling, tenzij sprake is van een solistisch werkende beroepsbeoefenaar. Uit het uitgevoerde empirisch onderzoek blijkt dat zorginstellingen de afgelopen tien jaar belangrijke stappen hebben gezet in het opstellen van beleid ten aanzien van voorbehouden handelingen. Instellingen hebben een beleidsplan, leggen vast welke voorbehouden handelingen in de instelling voorkomen en stellen protocollen en richtlijnen op ten aanzien van de voorbehouden handelingen. Voorts is het vrij algemeen dat zorginstellingen een scholingsbeleid hebben ten aanzien van voorbehouden handelingen. Het werken met een systeem van individuele bekwaamheidsverklaringen en een schriftelijk toetsings- en bijstellingsbeleid ten aanzien van het omgaan met voorbehouden handelingen komt minder algemeen voor.

Het is echter opvallend dat deze toename van beleid, regulering en protocolisering die vanuit de instellingen wordt aangegeven niet is terug te vinden in de antwoorden van de verpleegkundigen op de vragen omtrent het voorkomen, de inhoud en het gebruik van protocollen en richtlijnen ten aanzien van voorbehouden handelingen in de beroepspraktijk. De vragen die aan de verpleegkundigen zijn gesteld gaan meer in detail in op de inhoud van de protocollen en richtlijnen. Hieruit komt het beeld naar voren dat essentiële zaken ten aanzien van de opdrachtverlening voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen in de beroepspraktijk van verpleegkundigen niet algemeen zijn vastgelegd in protocollen. Het gaat dan om zaken als de manier waarop opdrachten dienen te worden gegeven, de manier waarop bekwaamheid dient te worden bepaald, de voorwaarden voor het aannemen van een opdracht, de manier waarop toezicht en tussenkomst dienen te worden geboden, de verdeling van de verantwoordelijkheid bij het geven en aannemen van een opdracht en de manier waarop aanwijzingen dienen te worden gegeven.

De Wet BIG stelt echter geen eisen aan de wijze waarop een opdracht wordt gegeven. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt een afname in het percentage mondelinge opdrachten dat niet schriftelijk wordt bevestigd. Daardoor wordt inzichtelijker welke beroepsbeoefenaar welke handeling verricht. Dit komt in beginsel de kwaliteit van de zorg ten goede en kan ook helpen bij tuchtrecht: wie heeft de handeling uitgevoerd waarbij een fout is gemaakt?

Voorlopige conclusie op grond van het voorgaande mag zijn dat de regeling voorbehouden handelingen in de Wet BIG een beperkte betekenis heeft in de praktijk. Binnen de context van instellingen liggen de waarborgen niet in de Wet BIG maar in de protocollen en richtlijnen die over het uitvoeren van voorbehouden handelingen zijn opgesteld. Deze zijn binnen instellingen veelal aanwezig. De veronderstelling is dat protocollen en schriftelijke richtlijnen over voorbehouden handelingen bijdragen aan kwaliteit van zorg en het voorkomen van onverantwoorde risico's voor patiënten. Sinds de eerste evaluatie is het beeld over de toename in het bestaan van protocollen en richtlijnen ambivalent. Instellingen laten een toename en intensivering van het beleid ten aanzien van voorbehouden handelingen zien. Ten aanzien van essentiële onderdelen van de opdrachtverlening zien we deze intensivering van het beleid niet terug in de beroepspraktijk van de belangrijkste groep opdrachtnemers: de verpleegkundigen. Verpleegkundigen geven niet vaker dan in de eerste evaluatie aan dat er beleid is, bijvoorbeeld ten aanzien van voorbehouden handelingen. Vervolgens is het uiteraard ook nog de vraag of opdrachtnemers conform de protocollen en richtlijnen handelen. Dit blijkt niet altijd het geval te zijn . Als de uitvoering van voorbehouden

handelingen niet institutioneel verankerd is, dan is de regeling voorbehouden handelingen in de Wet BIG wel van belang.

5.6 Juridische analyse

In 2009 is de regeling voorbehouden handelingen afzonderlijk onderzocht door de commissie Gevers.[185] Daardoor werd het niet nodig geacht om de werking van de regeling voorbehouden handelingen binnen deze tweede wetsevaluatie uitvoerig te onderzoeken. Niettemin is hieronder aandacht besteed aan een drietal onderwerpen dat naar mening van de onderzoekers (mede) bepalend is voor het goed functioneren van de regeling. Het betreft:

a de (noodzaak tot) specificatie van het begrip 'individuele gezondheidszorg' in artikel 1 lid 1 Wet BIG, mede met het oog op de reikwijdte van de regeling ten aanzien van bijv. cosmetische ingrepen en rituele besnijdenis (paragraaf 5.6.1).

b de (noodzaak tot) concretisering van de lijst van voorbehouden handelingen, mede in het licht van de vraag of het indiceren van voorbehouden handelingen onderdeel daarvan uitmaakt of dat medische diagnosestelling een voorbehouden handeling is (paragraaf 5.6.2).

c de (noodzaak tot) verfijning van de normering, al dan niet via de Wet BIG, van opdracht, bevoegdheid en bekwaamheid, tussenkomst en toezicht (paragraaf 5.6.3).

5.6.1 Het begrip individuele gezondheidszorg

Onder 'handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg' verstaat artikel 1 lid 1 Wet BIG momenteel, naast de geneeskundige handelingen als omschreven in artikel 1 lid 2 Wet BIG, alle verrichtingen – het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen – rechtstreeks betrekking hebbend op een persoon en ertoe strekkend diens gezondheid te bevorderen of te bewaken. Tussen het gebied van de individuele gezondheidszorg en het gebied van de geneeskunst bestaat in zoverre samenhang dat het laatstgenoemde gebied deel uitmaakt van het eerstgenoemde. Het begrip 'individuele gezondheidszorg' is daarmee ruimer dan het begrip 'geneeskunst', alhoewel de geneeskunst het centrale bestanddeel van de individuele gezondheidszorg vormt.

De omschrijving in artikel 1 lid 1 bepaalt de reikwijdte van de Wet BIG. De Wet BIG is daarmee niet beperkt tot medische handelingen, maar geldt ook voor de niet-medische zorgverlening, inclusief de niet-reguliere zorg. Naast de individuele gerichtheid is verder van belang dat het gaat om beroepsmatig en buiten noodzaak te verrichten handelingen. Wordt aan deze voorwaarden niet voldaan, dan valt een handeling buiten de reikwijdte van de Wet BIG.

De gedachte van precisering van het begrip 'individuele gezondheidszorg' houdt enerzijds verband met de reglementering van beroepen, anderzijds met het bereik van tuchtnormen uit artikel 47 lid 1 Wet BIG. Ten aanzien van dit laatste heeft het begrip 'individuele gezondheidszorg' duidelijk een

---

185 Dute e.a. 2009.

beperkende werking laten zien. In de literatuur[186] en de rechtspraak[187] is in de loop van tijd steun gevonden voor de opvatting dat de tuchtnorm in artikel 47 lid 1 onder b Wet BIG ook van toepassing is op het functioneren van BIG-geregistreerde professionals die niet (meer) rechtstreeks in de patiëntenzorg werkzaam zijn, maar via hun bestuurlijke activiteiten daar wel invloed op hebben. Voor een nadere bespreking van dit perspectief op het begrip 'individuele gezondheidszorg' zij verder verwezen naar hoofdstuk 6.

De aard van sommige in het maatschappelijk verkeer voorkomende handelingen – zoals die waarbij de samenhang van weefsels wordt verstoord en deze samenhang zich niet direct herstelt – roept de vraag op in hoeverre deze handelingen afzonderlijke reglementering behoeven en meer in het bijzonder of de hoedanigheid waarmee deze handelingen worden verricht onder de werking van de Wet BIG moet worden gebracht. Aanleiding daarvoor vormt meestal de grote gelijkenis van de bewuste handelingen met de in artikel 36 genoemde handelingen en de risico's die deze handelingen, indien door ondeskundigen verricht, met zich brengen voor de gezondheid van degene die deze handelingen ondergaat. Het concept van de 'handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg' als norm voor de afbakening van wat wel of niet onder het bereik van de Wet BIG valt, is niet op voorhand onjuist gekozen. Op zichzelf heeft de norm niet onvoldoende effecten laten zien. Bij de totstandkoming van de Wet BIG is bovendien al onderkend dat scherpe grenzen tussen welke werkzaamheden wel en welke niet onder het begrip 'individuele gezondheidszorg' vallen, niet eenvoudig zijn vast te stellen. Daarin zag de wetgever indertijd overigens ook geen groot probleem. Grensgevallen zouden eenvoudigweg op (formeel) wetsniveau moeten worden beoordeeld, zo luidde het motto.[188] Er is bovendien nog marge voor de rechtspraak om nieuwe ontwikkelingen in de norm te verdisconteren.

De toegenomen moeilijkheid bij het vaststellen van de reikwijdte van de Wet BIG komt voornamelijk voort uit onvoorziene situaties zoals doorgezette ontwikkelingen binnen de zorgsector respectievelijk beroepsgroepen, spraakmakende casusposities, het in 2006 ingevoerde nieuwe zorgstelsel of de toenemende invloed van Europese regelgeving. Weliswaar leiden deze situaties tot nieuwe vragen over de reikwijdte van de Wet BIG, maar daarmee is nog niet gezegd dat het concept als ondergrens voor de regulering van zorgberoepen niet voldoet. Er lijkt op het eerste oog dan ook niet zozeer behoefte aan vervanging van de norm van 'handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg', maar veeleer aan een herijking van deze norm naar de huidige stand van zaken en vigerende inzichten. In zijn kern komt dit neer op het concretiseren van de kenmerken van het verlenen van individuele gezondheidszorg. Op basis hiervan zou de algemene omschrijving in artikel 1 lid 1 Wet BIG kunnen worden aangepast.

Vervolgens rijst de vraag welke verfijningen in deze omschrijving dan zouden moeten worden aangebracht. Hierbij kan worden gedacht aan nadere karakterisering van de bedoelde handelingen of precisering van de individuele gerichtheid. Denkbaar is ook om, vergelijkbaar met de risicoclassificatie

---

186 Cuperus-Bosma e.a 2002, p. 158-159; Dorscheidt 2008, p. 88-91.

187 Zie bijv. CTG 19 april 2012, *LJN* YG1057, *GJ* 2011/87 en CTG 21 maart 2013, *TvGR* 2013/21 (m.n. JCJ Dute).

188 Zie *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 84-86.

bij medische hulpmiddelen, te komen tot een classificatie van potentiele gezondheidsrisico's bij nader te omschrijven handelingen. Allicht valt hiermee winst te behalen en de mogelijkheden daartoe zou de wetgever ook moeten benutten. De vraag is echter of dergelijke maatregelen op zichzelf voldoende zijn om tot de gewenste reikwijdteverheldering te komen.

Opvallend aan de huidige omschrijving is dat deze alleen uitgaat van de aard van te verrichten handelingen en geen verwijzing bevat naar degene die deze handelingen uitvoert.[189] Dit lijkt opmerkelijk voor een wet die niet alleen handelingen centraal stelt, maar ook beroepen en meer in het bijzonder de uitoefening van die beroepen. Daarbij wordt het uitvoeren van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, zeker wanneer dit in opdracht plaatsvindt, geplaatst binnen de sleutel van 'beroepsmatig' te verrichten handelingen. Bij de totstandkoming van de Wet BIG is opgemerkt dat beroepsmatig handelen uit allerlei omstandigheden kan blijken, zoals de regelmaat waarmee een handeling plaatsvindt, of de verrichter zich daarbij naar buiten toe als beroepsbeoefenaar afficheert dan wel of de verrichter voor de bewuste verrichting een honorarium ontvangt. Eveneens is toen gesteld dat incidentele hulpverlening binnen gezinsverband – denk aan de insuline-injecties die diabetespatiënten zichzelf (of zo nodig door een mantelzorger laten) toedienen – vanwege de ontbrekende beroepsmatigheid van die verrichtingen buiten het bereik van de Wet BIG vallen.[190] Daarmee bezit de term 'beroepsmatig' een belangrijke afbakende kwaliteit. Toch wordt deze term uitsluitend in artikel 35 lid 1 vermeld, ofschoon de voorwaarde van beroepsmatigheid in wezen ook geldt voor het verrichten van handelingen als functioneel zelfstandig (artikel 39) en als zelfstandig bevoegd beroepsbeoefenaar (artikel 36). Dit leidt welbeschouwd tot de constatering dat de gedachtevorming over de reikwijdte van de Wet BIG voornamelijk heeft plaatsgevonden rond de interpretatie van het begrip 'handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg' in artikel 1 lid 1, terwijl het beroepsmatig karakter van handelen, ondanks zijn afbakenende werking, daarin nauwelijks een rol heeft gespeeld.[191]

Tegen deze achtergrond valt te overwegen om de reikwijdte van de Wet BIG veeleer te relateren aan de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidzorg dan alleen aan handelingen op dat gebied. Daarbij maken deze handelingen deel uit van deze beroepsuitoefening, terwijl de norm van de beroepsuitoefening zich niet tot deze handelingen beperkt. De hoedanigheid van degene die de bewuste handelingen verricht, vormt dan eveneens een bestanddeel van die norm. Een dergelijke accentverschuiving kan markeren dat in het maatschappelijk verkeer voorkomende verrichtingen verwant aan de handelingen zoals bedoeld in artikel 36 Wet BIG en mogelijk risicovol voor de gezondheid van betrokkene indien door ondeskundigen verricht, niet onder het bereik van de Wet BIG vallen. Te denken valt hierbij aan de sociale tatoeagepraktijk, het zetten van een piercing of de rituele

189 Vgl. HR 17 januari 2006, *LJN* AU8074, *NJ* 2006, 89 (concl. Knigge, m.n. onder nr. 14).

190 *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 41.

191 Ook de voorwaarde 'buiten noodzaak' heeft een afbakende werking. Omdat deze echter meer ziet op hulpverlening in onverwachte en acute situaties en in voorkomende gevallen geen beroepsmatigheid creëert, blijft deze hier verder buiten beschouwing.

besnijdenis.[192] Hoewel dergelijke handelingen gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid van betrokkene worden zij niet primair ingezet ter beïnvloeding van de gezondheid van betrokkene. Het bewaken of bevorderen van de individuele gezondheid is ook niet een primaire oogmerk van degene die de bewuste handeling uitvoert. Dit laatste kan mede worden gestaafd aan de hand van de opzet en inhoud van het opleidingstraject dat zowel met de verrichter als met de bewuste handeling verband houdt. Of degene die de bewuste handeling uitvoert een wettelijk beschermde titel bezit, is weliswaar een aanwijzing voor beroepsmatigheid, maar daarvoor niet beslissend, nu de wettelijk relevante beroepsuitoefening ook de '3 noch 34'–beroepen omvat. Kortom, de zorgprofessionele hoedanigheid van de degene die handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg verricht, zou medebepalend mogen zijn voor de reikwijdte van de Wet BIG. Het is daarmee de samenhang tussen de aard van te verrichten handelingen in de individuele gezondheidszorg en het zorgberoepsmatige karakter daarvan die als maatstaf voor de reikwijdte van de Wet BIG kan gelden. Hierdoor kan bijv. worden verhelderd – en daar bestaat nogal eens onduidelijkheid over – dat risicovolle verrichtingen door studenten tijdens hun opleiding niet onder het bereik van de Wet BIG vallen. Veel studenten en opleiders verkeren nochtans in de veronderstelling dat het aanleren van voorbehouden handelingen tijdens de stageperiode wordt beheerst door het regime van de artikelen 35 en 38. Omdat studenten de betreffende handelingen echter niet beroepsmatig verrichten, vindt dit regime hier geen toepassing.

In relatie tot de vraag of cosmetische chirurgie onder het bereik van de Wet BIG valt, kan onder toepassing van het bovenstaande het volgende worden opgemerkt. Cosmetische chirurgie maakt samen met de reconstructieve chirurgie deel uit van het terrein van de plastische chirurgie. Eerstgenoemde chirurgie vindt in toenemende mate in privéklinieken plaats. De vraag of cosmetische chirurgie onder de reikwijdte van de Wet BIG valt, kan analoog aan de juridische status van handelingen ter afbreking van een zwangerschap worden beantwoord. Net als bij abortus gaat het bij cosmetische chirurgie, gelet op de aard van de toe te passen verrichtingen, om heelkundige handelingen. Deze handelingen verstoren de weefselsamenhang die zich niet direct herstelt en zijn onder andere voorbehouden aan de arts.[193] Het invasieve karakter van deze handelingen vergt dat bescherming van de gezondheid van betrokkene niet als een ondergeschikt aspect van deze handeling kan gelden. Gelijk in artikel 1 lid 2 Wet BIG onder 'handelingen op het gebied van de geneeskunst' worden verstaan, alle verrichtingen die ertoe strekken van een ziekte te genezen, voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of de gezondheidstoestand te beoordelen, behoren bij een invasieve ingreep (ook die met een cosmetische oogmerk) waarbij de weefselsamenhang wordt verstoord of door de huid met een instrument in het lichaam wordt binnengedrongen, ter bescherming van de gezondheid maatregelen te worden genomen om een eventuele wond te hechten, een infectie of andere klachten te voorkomen en behoort met kennis en kunde van het menselijk lichaam de toestand van de betrokkene bij het verloop van de ingreep te worden beoordeeld. Dat alles is te

---

192 Dit, nog afgezien van het feit dat artikel 24 lid 3 IVRK verdragsstaten ertoe verplicht alle doeltreffende en passende maatregelen te nemen teneinde traditionele gebruiken die schadelijk zijn voor de gezondheid van kinderen af te schaffen.

193 Het voorbehouden karakter van het uitvoeren van een abortus is bovendien via het strafrecht en de Wafz geregeld en voorbehouden aan niet alleen een arts, maar aan een arts werkzaam in een ziekenhuis of kliniek met een vergunning (zie artikel 296 Sr en artikel 2 en II Wafz). De analogie van het verbod loopt via artikel 97 Wet BIG.

brengen onder het begrip geneeskundige handeling in de zin van artikel 1 Wet BIG. Wat betreft de maatstaf van beroepsmatigheid kan worden gesteld dat degene die de ingreep verricht de daarvoor vereiste hoedanigheid dient te bezitten. Die hoedanigheid volgt op het succesvol doorlopen van een voorgeschreven opleidingstraject. Evenals de abortusarts heeft de cosmetisch chirurg specifieke training genoten om de bewuste ingreep naar behoren te kunnen uitvoeren. Tijdens deze training is tevens aandacht besteed aan het waarborgen van de gezondheid van betrokkene tijdens de ingreep, c.q. het eerbiedigen van het belang van patiëntveiligheid. Dat de ingreep kan plaatsvinden vanwege een niet-medisch motief doet niet af aan de noodzaak om dit belang te beschermen. Daarmee is voldaan aan het beroepsmatige karakter, waarmee de ingreep wordt uitgevoerd. Verder is duidelijk dat een cosmetische ingreep individueel gericht is. Dit alles maakt dat cosmetische chirurgie kan gelden als beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg en daarmee onder de reikwijdte van artikel 1 Wet BIG valt. Eventuele twijfel (of uit het Sollen het Sein kan worden afgeleid) is in het geval van cosmetische chirurgie en aanverwante gebieden eenvoudig weg te nemen door de invasieve ingrepen met cosmetische of andere doeleinden in het tweede lid onder b toe voegen naast het bestaande ‘wegnemen van weefsel’.

Handelingen die plaatsvinden op zekere afstand van het directe zorgverleningsproces maar wel een relatie daarmee hebben, zoals administratieve werkzaamheden binnen een HAP, het beoordelen van medisch-wetenschappelijk onderzoek met proefpersonen, het steriliseren van medische instrumenten of het becommentariëren van werk van collega-zorgverleners, vallen aldus evenmin onder de reikwijdte van de Wet BIG. Het feit dat deze verrichtingen naar hun aard niet individueel gericht zijn en het bewaken of bevorderen van de gezondheid niet als het primair oogmerk daarbij geldt, maakt dat het hier niet gaat om beroepsuitoefening in de individuele gezondheidzorg.

Te onderzoeken valt om de genoemde reikwijdteverschuiving van ‘handelingen’ naar ‘beroepsuitoefening’ een rol kan spelen bij de afbakening van het bereik van de Wet BIG via een omschrijving van het begrip ‘beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg’ in de wet, bijv. in artikel 1 Wet BIG. Deze omschrijving zou dan niet alleen de definitie van het begrip ‘handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg’ moeten omvatten, maar tevens moeten afbakenen welke (categorieën van) beroepen de bedoelde beroepsuitoefening praktiseren en wat kenmerkend is (handelen in de hoedanigheid als…) voor die beroepsuitoefening.[194] Onmiskenbaar laat de geschetste reikwijdteverschuiving echter nog vele vragen open. De optie is het onderzoeken waard in het verlengde van de vraag naar de noodzaak tot specificatie van het begrip ‘individuele gezondheidszorg’ in artikel 1 lid 1 Wet BIG. De genoemde reikwijdteverschuiving biedt in zijn kern een alternatief voor de huidige reikwijdtemaatstaf, nu zij beoogt te verduidelijken dat professies in de samenleving niet reeds onder het bereik van de Wet BIG vallen indien zij handelingen verrichten die gelijkenissen vertonen met handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. De verrichtingen en de beroepen zijn dan als twee onafhankelijke parameters voor het toepassingsbereik te beschouwen. Mede in relatie tot de komst van nieuwe beroepen kan deze verschuiving helpen verklaren in hoeverre regulering resp. normering via de Wet BIG dan wel via andere wetten aan de orde is.

194 Zie in dit verband ook de in deze evaluatie voorgestelde wijziging van de tweede tuchtnorm.

5.6.2 Lijst voorbehouden handelingen

Met betrekking tot de (noodzaak tot) concretisering van de lijst van voorbehouden handelingen is eerder naar aanleiding van de eerste evaluatie van de wet al aanbevolen om de lijst vaker aan te passen c.q. aan te vullen, op te schonen dan wel te preciseren overeenkomstig een bestaande behoefte. Om dit proces te vereenvoudigen, zou de lijst bij voorkeur bij AMvB kunnen worden vastgesteld en de wet een algemene definitie van voorbehouden handelingen dienen te bevatten.[195] Het onderzoek van de commissie Gevers was eveneens gericht op de lijst van 14 voorbehouden handelingen. De commissie concludeert in dat verband dat de lijst ondanks zijn beperkingen zinvol is en gehandhaafd dient te worden. Echter, ook nu wordt het nodig geacht om de lijst te actualiseren. Om aanpassingen van de lijst te vergemakkelijken, herhaalt de commissie de gedachte om de aanwijzing van handelingen als voorbehouden handeling via AMvB te laten verlopen. Hoewel de lijst zelf nogal willekeurig en weinig gestructureerd van opzet lijkt, zijn de criteria voor aanwijzing van handelingen volgens de commissie nog steeds relevant. Aanpassing van de criteria en daarmee herstructurering van de lijst kent weliswaar voordelen, maar leidt ook weer tot nieuwe vragen en onzekerheden. Bovendien lijkt de praktijk 'nu eenmaal' vertrouwd te zijn met de huidige lijst. Daarom ziet de commissie meer in het handhaven van de lijst in zijn huidige opzet. Daarbij meent de commissie dat het kerncriterium voor aanwijzing – of een handeling, indien uitgevoerd door ondeskundigen, aanmerkelijk gevaar voor leven en gezondheid van patiënten kan opleveren – in de Wet BIG moet worden opgenomen.[196]

Dat de praktijk met de huidige lijst vertrouwd zou zijn, wordt niet ondubbelzinnig bevestigd door bovengeschetst empirisch onderzoek (zie paragraaf 5.5). Dit roept de vraag op of de omgang die de commissie Gevers met de lijst van voorbehouden handeling voorstelt niet te behoudend is. De kritiek die op de lijst is geuit, varieert nochtans van bedenkingen bij de kwaliteit (aard, actualiteit en volledigheid) van de lijst, via de beroepen die bevoegd en bekwaam (moeten) worden geacht voor de uitvoering van voorbehouden handelingen, tot het systeem van voorbehouden handelingen als zodanig.[197] Meer concreet is gesteld dat de lijst in te algemene bewoordingen is vervat en de daarin gebezigde terminologie te weinig duidelijkheid verschaft over inhoud en bereik van de bedoelde handelingen. De lijst zou dan ook meer systematischer van opzet mogen zijn.[198] Daarnaast is vastgesteld dat de lijst weinig compleet is en tussentijds, ondanks de ruimte die artikel 37 Wet BIG daartoe biedt, niet of nauwelijks is bijgesteld.[199] Dit laatste is opmerkelijk, mede omdat de medisch-technologische vooruitgang in de zorg tot nieuwe handelingen (zoals handelingen met geslachtscellen en embryo's of handelingen met laserstralen) leidt, die, indien door ondeskundigen verricht, ernstige risico's voor de gezondheid van patiënten kunnen opleveren. Sommige handelingen, zoals defibrilleren met een Automated External Defibrillator (AED), lijken daarentegen weer onterecht in de lijst opgenomen. Verder richt de lijst zich alleen tot vier basisberoepen en rijst mede vanwege de

---

195 Cuperus-Bosma e.a. 2002, p. 200-202.

196 Dute e.a. 2009, p. 66-69.

197 De Jong 2010.

198 Roelink 1988 & Gezondheidsraad 1992.

199 Cuperus-Bosma e.a. 2002, p. 198.

ontwikkelingen rond taakherschikking de vraag of dit aantal niet moet worden bijgesteld. Hierbij kan een voorwaardelijke toekenning van bevoegdheid, zoals thans aan de orde bij categorieën verpleegkundige met betrekking tot het voorschrijven van UR-geneesmiddelen (zie artikel 36 lid 14 Wet BIG), zeker uitkomst bieden. Voorts is geen sprake van een uitwerking van de lijst naar handelingen gereserveerd voor specialismen of sub-specialismen.

Deze punten van kritiek zijn reeds langer actueel, maar nauwelijks omgezet in wettelijk beleid. Het valt niet uit te sluiten dat het uitblijven van dergelijk beleid zorgverleners onverschillig maakt jegens het stelsel van voorbehouden handelingen. Hoe dan ook, structureel beleidsmatig onderhoud van het stelsel, waarvoor immers voldoende aanleiding bestaat, vindt te weinig zichtbaar plaats. Dit kan ondermijnend werken voor de wettelijk gezag van het stelsel. Merkbare nadruk op zulk onderhoud kan ertoe bijdragen dat zorgverleners in het veld meer voeling krijgen met het stelsel.[200]

Het vaststellen van de noodzaak tot concretisering van de lijst van voorbehouden handelingen kan evenwel niet los worden gezien van de criteria voor het opnemen van handelingen in de lijst. Indertijd zijn in de Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel als criteria genoemd:

- er moet sprake zijn van een aanmerkelijk gevaar voor leven en gezondheid van patiënten bij het betreden van dit gebied door ondeskundigen;
- het betreffende gebied dat alleen aan categorieën van beroepsbeoefenaren wordt voorbehouden wordt door hen in een relatief aanzienlijke mate van autonomie bestreken;
- in de praktijk moet het gebied ook door onbevoegden (lees: ondeskundigen) worden betreden.[201]

In hoeverre een handeling voldoende moet zijn af te grenzen, werd niet zozeer als criterium beschouwd, maar veeleer als een aansporing om tot een goede omschrijving van de handeling te komen. Daarbij werd benadrukt dat een aanwijzing als voorbehouden handeling wel praktisch hanteerbaar moet zijn en een goed handhavingsbeleid mogelijk moet maken.[202]

Aan de orde is nu of deze criteria in het huidige tijdperk nog wel voldoen. De commissie Gevers zag, ondanks bestaande bezwaren tegen de criteria, geen noemenswaardige redenen om deze te wijzigen. De criteria zijn immers vooral pragmatisch bedoeld en als zodanig ook gehanteerd door de wetgever. Mede hierdoor zou wettelijke verankering van de criteria niet nodig zijn, aldus de commissie. Bovendien vormt de mate waarin een handeling, indien uitgevoerd door ondeskundigen, aanmerkelijk gevaar voor leven en gezondheid van patiënten kan opleveren, verreweg het

200 Vgl. RTG Zwolle 14 juni 2013, zaaknr. 160/2012. In deze zaak is een verpleegkundige berispt omdat zij zelfstandig onbevoegd, zonder noodzaak en zonder daartoe een relevante opdracht te hebben gekregen een voorbehouden verloskundige (t.w. het leiden van de geboorte van de placenta) handeling heeft verricht. Het tuchtcollege oordeelde dat verweerster i.c. zonder enige noodzaak als verpleegkundig het beleid van de betrokken verloskundige had doorkruist en zich bewust had moeten zijn van de risico's voor de gezondheid van klaagster die haar handelen met zich bracht.

201 Zie *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3 (MvT), p. 40-41.

202 Zie *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3 (MvT), p. 40-41.

belangrijkste criterium. De ongewisheid over welk gevaar als ‘aanmerkelijk’ kan gelden, is daarbij weliswaar onderkend, maar uiteindelijk als onvermijdelijk geaccepteerd.[203]

Voorstelbaar is dat deze opvatting van de commissie Gevers, hoe juridisch zinvol wellicht ook, in de ogen van veel zorgverleners overtuigingskracht mist. Wat is immers de zin van een stelsel van voorbehouden handelingen, als summum van de wettelijke borging van patiëntveiligheid in de individuele gezondheidszorg, dat zijn basis heeft in voornamelijk pragmatische richtsnoeren en een enkel niet te objectiveren kerncriterium? Illustreert dit niet alleen de beperkte werkbaarheid, maar ook het arbitraire gehalte van dit stelsel? Gesteld is wel dat de aanwijzingscriteria, onder meer vanwege hun algemene bewoordingen, niet al te veel gezag moet worden toegeschreven.[204] In hun huidige vorm laten zij de wetgever dan wel de Minister nochtans genoeg beleidsruimte. De vraag is hoe deze opvatting past bij de in 2002 reeds geformuleerde aanbeveling om een definitie van voorbehouden handelingen in de wet op te nemen.[205] Met het oog op een behoorlijke kwaliteit van wet- en regelgeving in de individuele gezondheidszorg en het belang van een passende doorwerking van het stelsel in het bewustzijn van zorgverleners, valt hoe dan ook wat te zeggen voor een precisering van de aanwijzingscriteria, zodanig dat zij tot een ook voor zorgverleners herkenbare toepassing leiden en van beleidsmakers vergen dat zij de al dan niet aanwijzing van specifieke handelingen als voorbehouden handeling valide motiveren. Daarmee zou onder meer een scherpere grondslag kunnen worden gecreëerd voor het limitatieve karakter van de lijst. Dit lijkt nodig nu handelingen met een voorbehouden karakter niet alleen in de Wet BIG, maar ook in andere regelingen zijn terug te vinden. Zo is het toepassen van euthanasie of het verlenen van hulp bij zelfdoding wettelijk voorbehouden aan de arts, zij het niet op grond van de Wet BIG. Daarbij vormt de ruimte die de Wet BIG biedt voor het in opdracht uitvoeren van voorbehouden handeling nog geen legitimatie voor het passeren van dit voorbehouden karakter van handelingen krachtens andere regelingen. Vóór de inwerkingtreding van de Euthanasiewet[206] in april 2002[207] oordeelde de strafrechter al dat euthanasie toegepast door een verpleegkundige niet gerechtvaardigd kan worden met het argument dat de thanatische uitvoeringshandeling in kwestie gelijk staat aan het in opdracht uitvoeren van een voorbehouden handeling conform de verlengde arts-constructie.[208] Dit illustreert dat concretisering van de aanwijzingscriteria eveneens kan verhelderen of voorbehouden handelingen, mede vanwege andere regelingen, voor overdracht vatbaar zijn of niet. Gewezen zij hier bijv. op het feit dat het voorbehouden karakter van het voorschrijven van geneesmiddelen eerder nog voortvloeide uit de Wet op de geneesmiddelenvoorziening en dat deze voorbehouden handeling pas

---

203 Dute e.a. 2009, p. 28-29.

204 De Groot 2005, p. 155-156.

205 Cuperus-Bosma e.a. 2002, p. 198.

206 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding 12 april 2001, *Stb.* 2001, 194.

207 Besluit van 15 maart 2002, *Stb.* 2002, 165.

208 Hof Leeuwarden 21 september 1995, *NJ* 1996, 61. r.o. 9.7. Daarin wordt o.m. opgemerkt: ”Immers, het gegeven dat de wetgever de strafbaarstelling van doden op verzoek heeft gehandhaafd, ook in die gevallen waarin in een medische context het verzoek tot een arts is gericht, maakt naar het oordeel van het hof dat de inzichten met betrekking tot de bevoegdheden van verpleegkundigen op grond van de Wet op de uitoefening van de geneeskunst (respectievelijk op grond van de Wet BIG) niet rechtstreeks van toepassing zijn op uitvoeringshandelingen van euthanasie.” Zie ook r.o. 9.9.

sinds 1 juli 2007 is opgenomen in artikel 36 lid 14 Wet BIG. Daarbij geldt dat delegatie van een opdracht tot het voorschrijven van UR-geneesmiddelen wettelijk niet mogelijk is, omdat het ter hand stellen van deze geneesmiddelen alleen kan plaatsvinden op basis van een recept dat is ondertekend door een van de in artikel 36 lid 14 Wet BIG genoemde (resp. aangewezen categorieën) beroepsbeoefenaren.

Aan de lijst van voorbehouden handelingen valt verder op dat de daarin genoemde handelingen hoofdzakelijk worden aangeduid met een verzamelnaam. Daarbij zijn sommige aanduidingen (heelkundige handelingen, verloskundige handelingen) ruimer op te vatten dan andere (endoscopieën, katheterisaties, injecties, puncties). Onduidelijk blijft echter de exacte inhoud van het begrip 'handeling' en het risicopotentieel ('aanmerkelijk gevaar') van een handeling indien door een ondeskundige uitgevoerd. Duidelijkheid daaromtrent lijkt van belang voor het antwoord op de vraag of bepaalde handelingen al dan niet in de lijst dienen te worden opgenomen dan wel hieruit dienen te worden verwijderd.

Met betrekking tot de noodzaak om het indiceren van voorbehouden handelingen en/of de medische diagnosestelling als een voorbehouden handeling aan te merken, kan in dit kader worden gesteld dat het hierbij om handelingen gaat die niet slechts uit een enkelvoudige daad bestaan. Het betreft hier welbeschouwd een reeks van handelingen die feitelijk bestaan uit een aantal fysieke (lichamelijk onderzoek, bloedafname, beeldvormend onderzoek) en mentale (interpretatie van etiologie, symptomen, lab-waarden, foto's, grafieken, besluitvorming) acties. Beoordeeld in hun onderlinge samenhang leiden deze acties tot de classificatie 'indicatie' dan wel 'diagnose'. Het indiceren van een voorbehouden handeling dan wel het stellen van een medische diagnose is bijgevolg geen afzonderlijke handeling. De vraag is echter of dit een steekhoudend argument vormt tegen een aanwijzing als voorbehouden handeling. Geen van de momenteel in artikel 36 Wet BIG vermelde handelingen omvat althans slechts één afzonderlijke verrichting. Dit maakt in wezen ook een concretisering van het begrip 'handeling' noodzakelijk. Daarnaast kan men zich afvragen waarom alleen 'handelingen' als voorbehouden zijn te karakteriseren. Anders gezegd: zijn niet ook andere modaliteiten geschikt als verbijzondering van aan personen met bijzondere deskundigheid voorbehouden acties?

Tegen de achtergrond van het in opleidingseisen, eindtermen en beroepscodes reeds langer gangbare concept van competenties rijst de vraag of sommige aan deskundigen voorbehouden gedragingen zich niet beter laten uitdrukken in termen van competenties. Dit zou bijv. aan de orde kunnen zijn bij 'handelingen' zoals indicatiestelling of medische diagnostiek die evident bestaan uit een reeks van acties en waarvoor ter behoorlijke uitvoering als geheel een bijzondere deskundigheid vereist is. Daarbij is dan niet alleen het enkelvoudige handelingsperspectief bepalend voor het gereserveerde karakter van een actie, maar vooral ook de benodigde intellectuele capaciteit. Dit geheel vormt een competentie die alleen toekomt aan zorgverleners met een nader omschreven expertise. Daar een competentie niet alleen betrekking heeft op een afzonderlijke verrichting maar mede ook op (de kwaliteit van) de bredere beroepsmatige vermogens van een zorgverlener, is aan de orde of de classificatie van sommige (aspirant-)voorbehouden 'handelingen' als voorbehouden competentie een zinvolle bijdrage kan leveren aan het voorkomen van ernstige gezondheidsrisico's door ondeskundige zorgverlening, nota bene de bestaansgrond van het stelsel van voorbehouden handelingen. De

ondeskundigheid van iemand bestaat doorgaans niet alleen in een gebrekkige uitvoeringsvaardigheid, maar vaak ook in een gebrek aan kennis van en inzicht in de bredere context waarin een handeling al dan niet aan de orde is. Met de erkenning van een competentie als voorbehouden gedraging wordt de betekenis van kennis en inzicht als waarborg tegen het ondeskundig verrichten van risicovolle handelingen bevestigd. Hiermee wordt niet alleen meer recht gedaan aan de huidige betekenis van het competentiegericht leren in gezondheidszorgopleidingen, maar kan ook meer ruimte ontstaan voor het determineren van andersoortige gedragingen in de zorg die een aanmerkelijk risico voor de patiëntveiligheid kunnen opleveren. Waar de Minister vanwege betwijfelde afgrensbaarheid, effectiviteit, proportionaliteit en handhaafbaarheid eerder nog afzag van erkenning van de medische diagnosestelling als voorbehouden handeling, zou erkenning van diezelfde diagnosestelling als voorbehouden competentie zijn beoogde effect mogelijk wel kunnen verwezenlijken.

In vergelijkbare zin zou het indiceren van een voorbehouden handeling als een voorbehouden competentie kunnen gelden. Lastig blijft evenwel de afbakening en de handhaving van deze competentie, nu het bij indiceren in essentie gaat om het vaststellen van een noodzaak tot een actie of verrichting. Dit is primair een mentaal proces. Beperkingen stellen aan de geoorloofdheid van zulk een proces is nauwelijks haalbaar. Niettemin is een verantwoorde indicatiestelling aan specifieke voorwaarden gekoppeld.[209] De conclusie dat voor een concrete handeling gegronde reden bestaat, behoort dan ook minstens op basis van nader te benoemen data plaats te vinden. Een adequate interpretatie van die data vergt expertise, die zich nader laat omschrijven en ook laat relateren aan opleidingseisen en deskundigheidsgebieden. Denkbaar is daardoor dat het initiatief tot een voorbehouden handeling beperkt zou kunnen blijven tot beroepsbeoefenaars met specifieke kwalificaties. De valide keuze voor het uitvoeren van een voorbehouden handeling veronderstelt bijzondere professionele vermogens die betrekking hebben op een cruciale fase van het zorgproces. Daardoor kleeft een speciaal belang aan het indiceren, hetgeen een gereserveerd karakter daarvan kan rechtvaardigen.

Een andersoortig aspect van de inzet van voorbehouden handelingen betreft de vraag naar de juridische status van de zorg waarbinnen die handelingen worden verricht. Individuele gezondheidszorg vindt hoofdzakelijk plaats in het kader van reguliere patiëntenzorg dan wel onder de noemer van medisch-wetenschappelijk onderzoek met proefpersonen. Onduidelijk is echter hoe een derde, juridisch weinig uitgekristalliseerde vorm van zorg, namelijk de innovatieve zorg, moet worden geduid en in hoeverre het verrichten van risicovolle handelingen onder die noemer aan bijzondere voorwaarden gebonden is. Van innovatieve zorg is sprake bij een individuele behandeling waarvan de veiligheid en werkzaamheid naar gangbare wetenschappelijke maatstaven niet of nog onvoldoende vaststaat, maar de zorgverlener toch termen aanwezig acht om die behandeling toe te passen. Ter oriëntatie: artikel 68 Geneesmiddelenwet (Gnw) bepaalt dat het off-label voorschrijven van geneesmiddelen alleen geoorloofd is indien daarover binnen de beroepsgroep protocollen of standaarden zijn ontwikkeld. Zijn die er niet of nog in ontwikkeling, dan is overleg tussen behandelend arts en de apotheker noodzakelijk. In sommige delen van de zorg (kinderoncologie,

209 Zie hieromtrent nader Buijse & Plas 2007, p. 73-78.

psychiatrie) is off-label voorschrijven niet ongebruikelijk, daar dit wordt geacht plaats te vinden op basis van valide medische of wetenschappelijke argumenten. Maar over het voorschrijven van niet-geregistreerde geneesmiddelen zwijgt de Gnw, ofschoon wordt aangenomen dat ook dit onder de prescriptievrijheid van de arts valt. Naast experimentele medicinale behandelingen, al dan niet gerechtvaardigd door het ontbreken van een geaccepteerde standaardbehandeling, komen ook experimentele operaties (foetale chirurgie, experimentele chirurgie tegen ernstige clusterhoofdpijn) voor, eveneens vaak bij gebrek aan goede behandelingsalternatieven. Inherent aan experimentele handelingen waarbij weefselsamenhang wordt verstoord of bepaalde stoffen worden gebruikt, is dat zij, zelfs indien door experts verricht, aanmerkelijke risico's voor de gezondheid van de patiënt met zich kunnen brengen. De vraag is of deze zorg in de gegeven context voldoende veilig en effectief is, alleen door zeer ter zake deskundigen (bijv. zij met een relevant aantal jaren ervaring in het desbetreffende veld) worden uitgevoerd, plaatsvindt met afdoende zicht op al dan niet te verwachten complicaties en vanwege het experimentele gehalte aan specifieke randvoorwaarden (waaronder een passende schadeverzekering) voldoet. Dit maakt dat de keuze voor de toepassing van een experimentele behandeling bijzondere professionele vermogens vergt van hen die hier beroepsmatig verantwoordelijk voor zijn. Het verdient daarom aanbeveling om nader te onderzoeken in hoeverre ook het toepassen van innovatieve zorg, waarvan de uitvoering van een experimentele behandeling deel uitmaakt, als een voorbehouden competentie kan worden aangemerkt. Hiermee zou het bijzondere karakter van innovatieve zorgverlening benadrukt kunnen worden en tevens meer rechtsbescherming kunnen worden geboden aan patiënten die zich aan deze vorm van zorg – al dan niet bewust – overgeven.

Omdat de vele eerdere suggesties voor aanpassing van de lijst van voorbehouden handelingen nauwelijks zijn opgevolgd, kan men zich afvragen of hernieuwde pleidooien voor de opneming dan wel verwijdering van eerder genoemde handelingen nog wel zinvol zijn. Niettemin blijven die eerdere pleidooien onverminderd actueel. Daar komt bij dat door de voortschrijdende ontwikkelingen in de zorg de vraag over een al dan niet voorbehouden status nu ook ten aanzien van andere handelingen c.q. professionele gedragingen aan de orde is.

De discussies over aanpassing blijven extra weerstand ondervinden omdat in de wetssystematiek ervoor gekozen is om de lijst van voorbehouden handelingen op het niveau van formele wetgeving vast te leggen. Hierdoor wordt de actualisering van de lijst onnodig bemoeilijkt. Uit wetstechnisch oogpunt is het op het niveau van de wet niet doenlijk om criteria voor de wijziging van de wet op te nemen. Het is daarom beter om de lijst van voorbehouden handelingen via een AMvB te regelen. De huidige bepaling van een voorlopige regeling (artikel 37 Wet BIG) is minder geschikt, omdat zowel dan toch binnen zes maanden een wetgevingstraject moet worden gestart. Regeling via AMvB biedt meer flexibiliteit om de ontwikkelingen in de zorg te volgen. Voorstelbaar is dat hier het voorbeeld van de artikelen 2 en 3 Wet bijzondere medische verrichtingen wordt gevolgd, waarbij in artikel 37 als voorlopige regeling het kader van een ministeriële regeling wordt gebruikt in plaats van een AMvB.

De noodzaak om de lijst met voorbehouden handelingen te 'ontdooien', moge blijken uit de volgende voorbeelden van handelingen die via AMvB aan de lijst van voorbehouden handelingen zouden kunnen worden toegevoegd. Een eerste voorbeeld hiervoor is het fixeren met dwang en mechanische hulpmiddelen. Fixatie wordt toegepast om te voorkomen dat iemand beweegt. Dit gebeurt veelal

door hem stevig vast te houden of vast te binden. Het ingrijpende karakter van deze handeling vergt een bijzonder inschattings- en doseringsvermogen van professionals die deze handeling toepassen. De erkenning van fixatie als voorbehouden handeling bevestigt deze vaardigheid van deze beroepsbeoefenaars en markeert de professionele verantwoordelijkheid hiervoor. Ook enkele perfusionistische handelingen zouden als een voorbehouden handeling kunnen worden aangemerkt, nu het hierbij gaat om handelingen die de klinisch perfusionist grotendeels autonoom verricht, wier adequate uitvoering een bijzondere expertise vereist en waarbij die expertise bovendien nodig is ter voorkoming van serieuze risico's voor de patiëntveiligheid. Ten behoeve van de erkenning van bepaalde handelingen op het gebied van de extra corporale circulatie als een voorbehouden handeling in de zin van artikel 36 Wet BIG kan de desbetreffende beroepsorganisatie bij de concretisering van de wettelijke omschrijving van die handelingen worden betrokken. Verder kan worden gedacht aan een aantal handelingen door de mondhygiënist. Denkbaar is dat de handelingen die de mondhygiënist krachtens artikel 39 Wet BIG reeds functioneel zelfstandig uitvoert – te weten het toepassen van lokale anesthesie door het geven van een injectie en het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen – als artikel 36 Wet BIG-handelingen worden erkend. Daarnaast moet worden bezien of handelingen waarvoor geen verwijzing van de tandarts meer nodig is (zie pararagraaf 3.6.4) bij ondeskundige uitvoering zodanige risico's voor de mondzorgkundige gezondheid van de patiënt kunnen opleveren, dat zij als een aan de mondhygiënist voorbehouden handeling moeten worden beschouwd. Tevens zouden cosmetische ingrepen met een medisch karakter (bij uitstek een terrein met vele technische ontwikkelingen) aan de lijst kunnen worden toegevoegd.

In het licht van de discussie over de vraag of handelingen als voorbehouden handelingen moeten gelden, moet nochtans worden geconcludeerd dat niet de interpretatie van artikel 36 Wet BIG het eigenlijke knelpunt vormt, maar veeleer de algemene reikwijdte van de voorbehouden handelingen. Dit is met name van belang waar het gaat om de rechtsbescherming van de burger tegen evident risicovolle handelingen die feitelijk neerkomen op het verstoren van de samenhang van weefsels. Aan te bevelen is daarom dat nader aan te wijzen voorbehouden (lees: heelkundige) handelingen die buiten noodzaak beroepsmatig buiten het terrein van de individuele gezondheidszorg plaatsvinden, worden verboden. Via een daarmee corresponderende wijziging van artikelen 35 lid 1 en 36 lid 1 Wet BIG wordt het dan mogelijk om in situaties waarin beroepsmatig heelkundige handelingen worden verricht (denk aan het verwijderen van tatoeages) of injecties worden gegeven (zoals bij een botox-behandeling) vervolging te laten plaatsvinden, zowel op basis van het commune strafrecht als in het bijzonder op grond van artikel 97 Wet BIG. Aldus kan bijv. worden bereikt dat het verwijderen van tatoeages en andere cosmetische ingrepen bij AMvB onder de werking van het stelsel van voorbehouden handelingen worden gebracht, ook indien deze plaatsvinden buiten het kader van de gezondheidszorg.

Tenslotte kan men zich nog afvragen in hoeverre er aanleiding bestaat om de aard en het aantal beroepen dat in artikel 36 Wet BIG bevoegd is verklaard tot het zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen te wijzigen. Aan deze vraag is eerder ook door de commissie Gevers

aandacht besteed.[210] Daarbij is met name ingegaan op eventuele zelfstandige bevoegdheden van de klinisch embryoloog, de klinisch (= tweede of derde lijns-) verloskundige, de ambulance-verpleegkundige, verpleegkundig specialisten, de physician assistant, de praktijkondersteuner huisartsen (POH) en de klinisch technoloog/technisch geneeskundige. Uit de bespreking van deze beroepen komt onder meer naar voren dat er gronden bestaan om de klinisch verloskundige te gaan aanmerken als een specialisme van het basisberoep verloskundige. Dit heeft dan tevens gevolgen voor de zelfstandigheid waarmee voorbehouden handelingen binnen het eigen deskundigheidsterrein op termijn kunnen worden uitgevoerd. Verder geldt momenteel een experimenteerregeling voor verpleegkundig specialisten en de physician assistant krachtens artikel 36a Wet BIG. De uitkomst daarvan moet nog worden afgewacht, alvorens hier tot definitieve keuzes kan worden overgegaan. Over de positie van de POH lijkt vooral nader onderzoek nodig.

De klinisch technoloog/technisch geneeskundige is een zgn. '3 noch 34'–beroep en als nieuwe speler in de gezondheidzorg werkzaam op het snijvlak van technologie en zorg. In zijn kern gebruikt deze beroepsbeoefenaar medisch-technologische kennis als middel voor nieuwe oplossingen in het kader van diagnostiek en therapie.[211] Hij draagt daardoor geen rechtstreekse verantwoordelijk voor de directe patiëntzorg, ofschoon zijn werkzaamheden daar wel op van invloed zijn. Voor de toewijzing van een zelfstandige bevoegdheid voor bepaalde artikel 36-handelingen zou mede daardoor geen noodzaak bestaan.[212] Intussen hebben zich rond de klinisch technoloog echter enkele ontwikkelingen voorgedaan. Zo wordt thans een experimenteerregeling krachtens artikel 36a Wet BIG voor dit beroep voorbereid.[213] Daarin wordt de klinisch technoloog gedurende een periode van vijf jaar zelfstandig bevoegd verklaard voor een aantal nader omschreven technisch-medische handelingen.[214] De verantwoordelijkheid van deze handelingen dient volgens de Minister niet bij de arts, maar bij de klinisch technoloog te liggen, omdat deze laatste de risico's van de technologie kan inschatten, waardoor op een effectieve, efficiënte en patiëntveilige manier kan worden ingespeeld op de groeiende behoefte aan technologisch-medische kennis in de patiëntenzorg.[215]

5.6.3 Normering opdrachtregeling

De vraag in hoeverre de wet een verfijning van de normering van opdracht, bevoegdheid en bekwaamheid, tussenkomst en toezicht dient te bevatten, is relevant vanwege de verschillende verschijningsvormen van deze aspecten van het verrichten van voorbehouden handelingen in de zorgpraktijk. Uit het empirisch onderzoek blijkt dat niet alle onderdelen van het stelsel van voorbehouden handelingen en het in opdracht laten uitvoeren van handelingen duidelijk zijn voor

210 Dute e.a. 2009, p. 37-43.

211 Zie nader *Beroepsprofiel technisch geneeskundige* (opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Technische Geneeskunde), versie 30 april 2013, www.nvvtg.nl (zie kwaliteitsregister, daarna beroepsprofiel).

212 Dute e.a. 2009, p. 43.

213 Ontwerpbesluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid klinisch technoloog. Zie *Kamerstukken I* 2012/13, 29 282, nr. 169, bijlage.

214 Ontwerpbesluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid klinisch technoloog. Zie *Kamerstukken I* 2012/13, 29 282, nr. 169, artikel 7.

215 *Kamerstukken I*, 2012/13, 29 282, F en G.

zorgverleners. Ook de manier waarop toezicht en tussenkomst dient te worden geboden, wordt als onduidelijk ervaren.

De wettelijke opdrachtregeling (zie de artikelen 35, 38 en 39 Wet BIG) gaat stilzwijgend uit van een 'een-op-een' relatie tussen opdrachtgever en opdrachtnemer en voorziet niet in normering voor andere verschijningsvormen zoals het doordelegeren of de voorwaardelijke opdrachten (indien.., dan). Bij doordelegatie speelt de vraag of de wettelijk bedoelde opdracht altijd persoonsgebonden is dan wel of een gegeven opdracht de opdrachtnemer tevens de bevoegdheid verleent om de feitelijke uitvoering van de handeling wederom aan iemand anders over te dragen. Op zichzelf hoeft dit laatste niet altijd problematisch te zijn, mits duidelijk is dat de opdrachtgever die ruimte ook heeft willen bieden en de aard en de context van de te verrichten handeling die ruimte ook toelaat. Niettemin blijft onduidelijk of de opdracht van een opdrachtnemer wel als een opdracht in de zin van de opdrachtregeling kan gelden. Dit werkt problemen in de hand rond de verantwoordelijkheidsverdeling en kan mede verklaren dat in de individuele gezondheidszorg voorbehouden handelingen ook zonder de vereiste opdracht worden uitgevoerd. Ten aanzien van voorwaardelijke opdrachten is al door de commissie Gevers geconstateerd dat hierbij de indicatiestelling feitelijk verschuift naar de opdrachtnemer.[216] Dit verdraagt zich niet goed met de kern van de opdrachtregeling, die immers is gebaseerd op de gedachte dat het indiceren een centrale taak van de zelfstandig bevoegde opdrachtgever is. Verder kunnen algemene beleidsaanduidingen c.q. generieke indicaties voor uit te voeren voorbehouden handelingen opgenomen in (afdelings-)protocollen niet zonder meer gelijk worden gesteld aan door individuele, zelfstandig bevoegde hulpverleners gegeven opdrachten tot voorbehouden handelingen.

Rond de onderdelen 'aanwijzingen' en 'toezicht/tussenkomst' is in 2002 gesignaleerd dat in de zorgpraktijk hier vooral pragmatisch mee wordt omgegaan.[217] Dit hoeft ook niet altijd een probleem te zijn. Uit bovenstaand empirisch onderzoek blijkt dat 'toezicht/tussenkomst' in de huisartsenpraktijk meestal plaats heeft in de vorm van 'op afstand bereikbaar zijn'. Waar mogelijk, zal dit ook binnen andere velden van de gezondheidszorg tot de praktijk behoren.

Het centrale onderdeel van de opdrachtregeling is de bekwaamheidseis. De opdrachtgever mag de opdracht alleen verstrekken aan een beroepsbeoefenaar waarvan hij redelijkerwijs mag aannemen dat deze bekwaam is om de bewuste handeling naar behoren te verrichten (artikel 38 sub b Wet BIG). Die eis heeft ook betrekking op de verrichtingen door functioneel zelfstandigen (artikel 39 Wet BIG), al mag de bekwaamheid van deze categorie zorgverleners redelijkerwijs worden verondersteld. De opdrachtnemer is er verantwoordelijk voor dat hij alleen opdrachten aanneemt waarvan hij redelijkerwijs mag aannemen dat hij beschikt over de bekwaamheid om de bewuste handeling behoorlijk uit te voeren (artikel 35 lid 1 onder b Wet BIG).

Zorginstellingen dragen in dit verband een bijzondere verantwoordelijkheid. Het is aan hen om ervoor te zorgen dat er voldoende zicht bestaat op de staat van de bekwaamheid van de eigen medewerkers.

---

216 Dute e.a. 2009, p. 47 & Cuperus-Bosma, e.a. 2002, p. 196.

217 Cuperus-Bosma e.a. 2002, p. 196.

De praktijk van het in opdracht uitvoeren van voorbehouden handelingen kan hiervan profiteren. Daarnaast dienen instrumenten zoals bekwaamheidsverklaringen meer bekendheid te worden gegeven, regelmatig te worden geëvalueerd en waar nodig ook te worden geactualiseerd. Beroepsorganisaties kunnen een belangrijke bijdrage hieraan leveren. Het is aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg om erop toe te zien dat zorginstellingen op het onderhavige vlak blijven voorzien in adequate vormen van zelfregulering. De commissie Gevers heeft tenslotte ook gewezen op de rol van verzekeraars bij het bewaken dat hun verzekerden zorg van behoorlijk niveau wordt verleend.

Niettemin moet nadere normering van het begrip ‘bekwaamheid’ wenselijk worden geacht. Daartoe ligt het evenwel in de rede om dit begrip niet via de Wet BIG, maar eerder via de kwaliteitsregulering van de komende Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en de ontwikkeling van professionele normen en standaarden inhoud te geven.

Wij bevelen daarom aan om in de komende periode in te zetten op het intensiveren van de aandacht voor het (verder) operationaliseren van de voor de voorbehouden handelingen cruciale termen opdracht, toezicht tussenkomst, bekwaamheid en bevoegdheid, zodat dit stelsel van waarborgen in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg meer tot leven kan worden gebracht.

5.7 Samenwerking en taakherschikking

Ter ondersteuning van de invoering van de nieuwe bevoegdheden zoals toegekend via de experimenteerregelingen voor verpleegkundig specialisten[218] en de physician assistant[219] krachtens artikel 36a Wet BIG is door de betrokken beroepsorganisaties een driestappen-plan ontwikkeld, waarmee de regelingen in de praktijk kunnen worden geïmplementeerd.[220] Doel van het stappenplan is om de artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants die bij taakherschikking betrokken zijn ertoe te bewegen om gezamenlijk tot afspraken te komen over de handelingen die binnen de experimenteerregelingen vallen. Een bijdrage van zorginstellingen en betrokken samenwerkingsverbanden is hierbij wenselijk.

In het licht van de taakherschikking hebben enkele nieuwe beroepen (physician assistant, klinisch technoloog) hun intrede in de zorg gedaan. Hieromtrent doen zich in relatie tot de beroepenregeling enkele vragen voor. Zo is de beroepenregeling in de Wet BIG alleen gericht op ‘bestaande’ beroepen. De ‘3 noch 34-beroepen’ zijn daarbij, zoals gezegd, niet direct zichtbaar in de wet ofschoon zij ingevolge artikel 1 lid 1 Wet BIG wel onder het bereik van de wet vallen. Tot de categorie ‘3 noch 34-beroepen’ behoren ook de nieuwe beroepen. Ten aanzien van deze laatste beroepen is evenwel onduidelijk of en zo ja, vanaf welk moment zij onder de werking van de Wet BIG vallen. Is daarvan sprake als een beroep feitelijk ‘individuele gezondheidszorg’ in de zin van artikel 1 lid 1 Wet BIG

218 Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten 21 december 2011, *Stb.* 2011, 659, inwerkingtreding op 1 januari 2012.

219 Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant 21 december 2011, *Stb.* 2011, 658, inwerkingtreding op 1 januari 2012.

220 Handreiking implementatie taakherschikking 2012. Zie ook *Kamerstukken II* 2012/13, 32 261, nr. 26.

verleent of bijv. pas vanaf het moment dat de bijbehorende opleiding op basis van een representatief beroepsprofiel is geaccrediteerd, erkenning van een breed gedragen beroepscode en een eigen domeinomschrijving heeft plaatsgevonden, een eigen kwaliteitsregister wordt beheerd, enz.?

Met het oog op het waarborgen van een verantwoorde toelating van nieuwe beroepen in de individuele gezondheidszorg valt te bezien of de regeling in art. 36a Wet BIG in deze samenhang kan worden benut. Hierbij rijst tegelijk de vraag of de redactie van art. 36a daarvoor voldoende ruimte laat c.q. of lid 1 van deze bepaling voor dit doel gewijzigd zou moeten worden. Op dit moment kan het experiment van artikel 36a lid 1 Wet BIG alleen worden gebruikt in relatie tot het (zelfstandig) verrichten van aan te wijzen voorbehouden handelingen door aan te wijzen (categorieën van) beroepsbeoefenaren. Het verdient echter serieuze overweging om ook voor andere doeleinden experimenten te kunnen doen plaatsvinden. Zo kan er onduidelijkheid bestaan over de vraag of een '3 noch 34–beroep' op termijn regeling via artikel 3 Wet BIG dan wel krachtens artikel 34 Wet BIG behoeft. Object van een experiment kan dan zijn hoe een opleidingstraject zich ontwikkelt in relatie tot een nader te omschrijven deskundigheidsgebied of in hoeverre een specifieke samenwerkingsrelatie tussen aan te wijzen beroepsbeoefenaren plaatsvindt. Door artikel 36a Wet BIG in die zin aan te passen wordt het onder andere mogelijk dat ook nieuwe beroepen zich binnen het blikveld van de BIG-wetgever kunnen ontwikkelen.

6

Tuchtrecht

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk begint met een beschrijving van de doelstellingen van het tuchtrecht in paragraaf 6.2. Vervolgens wordt aangegeven hoeveel tuchtklachten de afgelopen decennia zijn ingediend bij de tuchtcolleges, hoe dit zich verhoudt tot het aantal beroepsbeoefenaren en wat de uitkomst van de tuchtprocedures was (paragraaf 6.3). Daarna volgt een paragraaf over de inzet van het tuchtrecht in de praktijk; welke aanpak bestaat in instellingen rond disfunctionerende beroepsbeoefenaren en op welke manier gaan consumenten en beroepsbeoefenaren om met klachten (paragraaf 6.4). In paragraaf 6.5 wordt ingegaan op de opvattingen van beroepsbeoefenaren, consumenten, klagers en instellingen over het tuchtrecht, waarbij zowel wordt ingegaan op de toegankelijkheid en de procedures als op de inhoudelijke behandeling ter zitting. Ook wordt aandacht besteed aan de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in tuchtprocedures. Opvattingen van leden van de tuchtcolleges en advocaten komen ook in deze paragraaf aan de orde. In paragraaf 6.6 vindt een analyse van de empirie plaats. In de laatste paragraaf, 6.7, vindt de juridische analyse plaats met voorstellen ter oplossing van de gesignaleerde lacunes. Daar wordt eveneens een antwoord gegeven op de vraag of het tuchtrecht voldoende mogelijkheden biedt om bij samenwerking en ketenzorg adequate maatregelen te nemen en of de zogenoemde tweede tuchtnorm in artikel 47 Wet BIG voldoende mogelijkheden biedt om zaken aan de tuchtrechter voor te leggen.

6.2 Tuchtrecht in de Wet BIG

Hoofdstuk VII van de Wet BIG regelt het wettelijk tuchtrecht in de gezondheidszorg. Op grond van artikel 55 van de wet zijn vijf Regionale Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg (RTG`s of tuchtcolleges) ingesteld, met daarnaast, op grond van artikel 56, het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) als beroepsinstantie. De tuchtrechtspraak is allereerst gericht op het belang van het bewaken en handhaven van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Het gaat bij het tuchtrecht voor de gezondheidszorg dus niet primair om het individuele belang van de klager.

Er zijn verschillende categorieën klagers, waarvan de belangrijkste de rechtstreeks belanghebbende (in de regel de patiënt of diens nabestaande(n)) en de IGZ zijn. Daarnaast kunnen ook de opdrachtgevende arts, andere beroepsbeoefenaren, de werkgever van de beroepsbeoefenaar en de zorgverzekeraar een klacht indienen.

Maatregelen die de tuchtrechter kan opleggen zijn waarschuwing, berisping, geldboete, schorsing in de uitoefening van het beroep tot ten hoogste een jaar en de doorhaling van de inschrijving in het BIG-register. Daarnaast kan de beroepsbeoefenaar geconfronteerd worden met een gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid om het in het register ingeschreven beroep uit te oefenen en de mogelijkheid van een voorwaardelijke schorsing van de inschrijving met een proeftijd van maximaal twee jaar. Verder is een combinatie mogelijk van boete en schorsing van de inschrijving en kan een ontzegging van het recht opnieuw in het register te worden ingeschreven worden uitgesproken.

Het tuchtrecht heeft al geruime tijd te kampen met het spanningsveld tussen een herkenbare bestaansreden en een onzekere effectiviteit.[221]

De functies van het tuchtrecht zijn onmiskenbaar: enerzijds de repressieve functie om disfunctionerende beroepsbeoefenaren te corrigeren en soms van de beroepsuitoefening uit te sluiten. Anderzijds wordt door het tuchtrecht de norm van het professionele handelen verduidelijkt en aangescherpt. Voor de laatste functie is brede bekendheid van de tuchtrechtelijke uitspraken een voorwaarde en voor beide functies is essentieel dat de juiste zaken bij de tuchtrechter belanden. Beide is niet steeds het geval, zo blijkt uit deze evaluatie. Het perspectief op het tuchtrecht blijkt voor de diverse groepen ook verschillend te zijn. Binnen de medische beroepsgroep, de politiek en de samenleving bestaat niettemin brede steun voor de opvatting dat het tuchtrecht een waardevol middel is om normen te handhaven voor de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg. In zekere zin lijkt het tuchtrecht zelfs herontdekt te worden als instrument om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen. Zo is in de recent getroffen wettelijke regeling van de beroepen in de jeugdzorg tuchtrecht als correctiemiddel geïntroduceerd.[222] De herleefde aandacht voor tuchtrecht blijkt ook uit het enkele jaren geleden door de minister van Justitie genomen initiatief om in het kader van het programma *Bruikbare rechtsorde*, over te gaan tot het instellen van een werkgroep onder voorzitterschap van professor Huls, met als taak om een advies uit te brengen over de consistentie van het beleid van de overheid ten aanzien van het tuchtrecht voor vrije beroepen. Het gaat hierbij om beroepen voor wie het zogeheten wettelijk niet-hiërarchisch tuchtrecht geldt. Dit zijn accountants, advocaten, diergeneeskundigen, gerechtsdeurwaarders, loodsen, notarissen, octrooigemachtigden en zeevarenden.[223] Van de bevindingen van deze werkgroep is in het kader van de onderhavige rapportage gebruik gemaakt. De centrale conclusie van deze werkgroep is dat met name het tuchtprocesrecht in algemene zin sterk is achtergebleven bij de ontwikkelingen op het terrein van het burgerlijk procesrecht, het strafprocesrecht en het bestuursprocesrecht. Dat geldt ook voor het tuchtrecht in de gezondheidszorg. De aanbeveling van de commissie Huls om een kaderwet tuchtrecht in het leven te roepen heeft echter, behoudens een eerste voorontwerp, geen verder vervolg gekregen.

De IGZ heeft naar voren gebracht dat de normerende werking van het tuchtrecht in het huidige tijdsgewricht minder dringend is als gevolg van het in de afgelopen jaren beschikbaar gekomen

221 Bijvoorbeeld Giard 2006.

222 Aanpassing van de Wet op de jeugdzorg, *Kamerstukken II* 2012/13, 33 619, nr. 3.

223 Huls 2006.

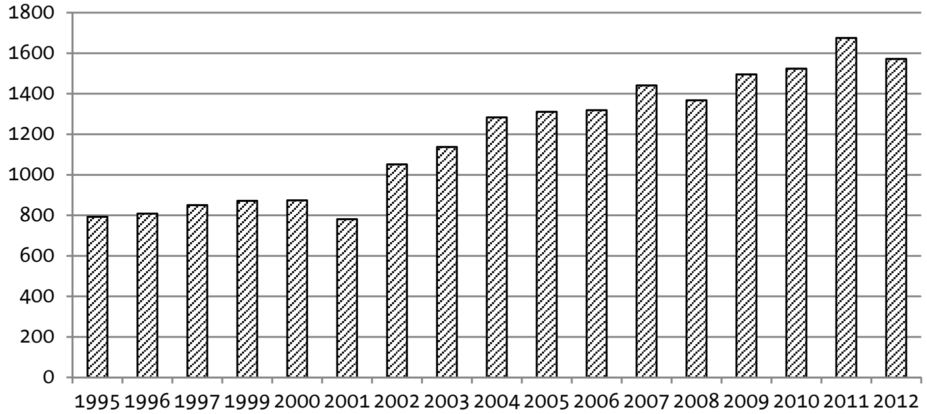
bestuursrechtelijk instrumentarium en de mogelijkheden van zelfregulering in de gezondheidszorg. Wij onderkennen dat deze rechtsinstrumenten inmiddels tot ontwikkeling zijn gekomen, maar menen dat nog steeds behoefte bestaat aan tuchtrecht dat vanuit de empirie de toepassing van normen scherpstelt en verfijnt. Indien de ultieme sanctie van het tuchtrecht is gelegen in de doorhaling van de registratie in het BIG-register, valt er veel voor te zeggen om het tuchtrecht voor de gezondheidszorg te blijven regelen binnen het kader van de Wet BIG.

6.3 Tuchtklachten in de afgelopen jaren

6.3.1 Aantal tuchtzaken

In deze paragraaf staat het aantal tuchtzaken centraal. Er wordt besproken met welke frequentie tuchtzaken aangedragen worden bij de Regionale Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg en tot welke behandeling en uitspraak deze procedures hebben geleid. In de onderstaande figuur is het aantal klachten per jaar in de afgelopen zeventien jaar weergegeven.

Figuur 6.1: Aantal klachten bij de Regionale Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg 1995 - 2012, per jaar



Bron: Jaarverslagen van de tuchtcolleges (cijfers 2002-2012), cijfers eerste evaluatie Wet BIG, Cuperus-Bosma e.a. 2002 (cijfers 1995-2001)

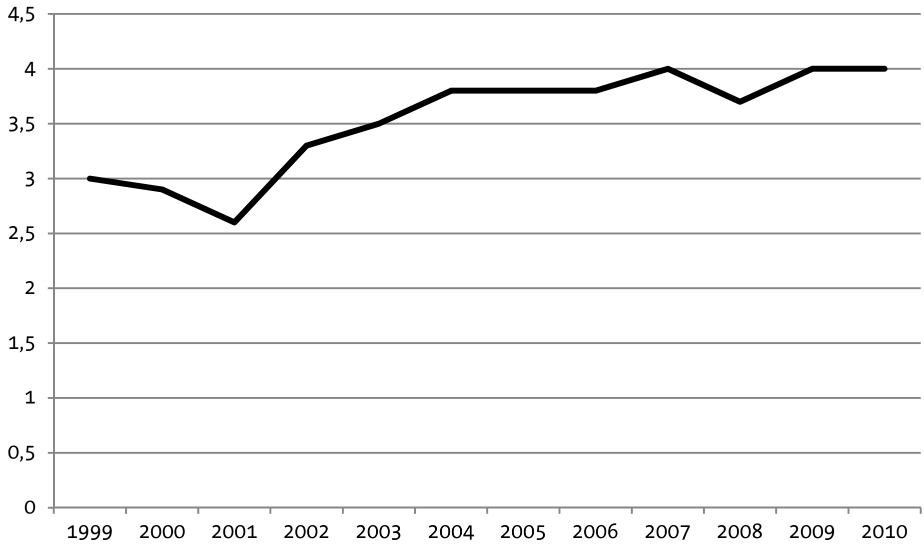
Het aantal klachten is ten opzichte van 17 jaar geleden verdubbeld, van 793 klachten in 1995[224] tot 1572 klachten in 2012. Over het algemeen is een stijgende lijn waar te nemen, maar deze stijging ontwikkelt zich met bepaalde sprongen. Grootste toename is gemeten tussen 2001 en 2004, daarna blijft de tendens dat het absolute aantal klachten licht stijgt. Het afgelopen jaar, 2012, is het aantal

224 Destijds werden klachten ingediend op basis van de Medische Tuchtwet uit 1928.

tuchtklachten licht gedaald, maar gezien de trend is te verwachten dat in 2013 het aantal klachten weer zal stijgen.

Verklaring voor een deel van de stijging is dat het aantal beroepsbeoefenaren in de afgelopen jaren eveneens gegroeid is. De toename van het aantal klachten is echter groter dan de toename van het aantal beroepsbeoefenaren. Het aantal klachten is in de afgelopen zeventien jaar verdubbeld, het aantal werkzame beroepsbeoefenaren is met eenderde gestegen: van 286.000 BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren in 1999 tot 384.170 in 2010.[225] In de onderstaande figuur is het aantal klachten weergegeven per 1000 beroepsbeoefenaren.

Figuur 6.2: Aantal klachten per 1000 werkzame BIG-geregistreerden, 1999 - 2010, per jaar



Bron: CBS Statline[226] (BIG-geregistreerden) en jaarverslagen van de tuchtcolleges (aantal klachten).

Als men kijkt naar het aantal klachten per 1000 BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren, blijkt dat met name een stijging in het aantal klachten te zien is tussen 2001 en 2004. In 2001 werden 2,6 klachten ingediend per 1000 werkzame BIG-geregistreerden, in 2004 3,75 klachten per 1000 werkzame BIG-geregistreerden. Daarna is er sprake van een stabilisatie van het aantal klachten; het aantal klachten in absolute zin stijgt nog wel, maar loopt parallel aan de stijging van het aantal beroepsbeoefenaren.

225 CBS Statline, bijgewerkt 03-07-2013.

226 CBS Statline, bijgewerkt 03-07-2013. CBS heeft deze aantallen gebaseerd op een combinatie van het BIG-register, de Gemeentelijke Basisadministratie en het aantal in Nederland werkzame beroepsbeoefenaren.

Het aantal klachten dat wordt ingediend bij de tuchtcolleges verschilt aanzienlijk per beroepsgroep. Om een vergelijking mogelijk te maken tussen de verschillende beroepsgroepen is in de onderstaande tabel opgenomen hoeveel klachten er per 1000 geregistreerde beroepsbeoefenaren zijn ingediend.

Tabel 6.1: Aantal klachten per 1000 BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren, per beroepsgroep, in 2012

	Aantal klachten	Aantal beroeps-beoefenaren	Aantal klachten per 1000 BIG-geregistreerde beroeps-beoefenaren
Apotheker	9	6.304	1,4
Arts	1.056	74.386	14,2
Fysiotherapeut	20	44.832	0,4
Gezondheidszorgpsycholoog	72	14.366	5
Psychotherapeut	28	6.457	4,3
Tandarts	126	13.085	9,6
Verloskundige	4	4.507	0,9
Verpleegkundige	159	269.148	0,6

Bron: BIG-register (aantal beroepsbeoefenaren) en jaarverslagen van de tuchtcolleges (aantal klachten)

De meeste tuchtklachten worden ingediend tegen artsen, zowel in absolute aantallen als het aantal klachten per 1000 beroepsbeoefenaren. Jaarlijks worden 14,2 van de 1000 artsen met een tuchtklacht geconfronteerd; dat betekent 1,4% van de totale beroepsgroep. De beroepsgroepen die het minst in aanraking met het tuchtrecht komen zijn de fysiotherapeuten, verpleegkundigen en verloskundigen. In de onderstaande tabel is per specialisme weergegeven hoeveel klachten ingediend zijn in 2012.

Tabel 6.2: Aantal klachten per 1000 BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren, per specialisme, in 2012

	Aantal klachten	Aantal beroeps-beoefenaren	Aantal klachten per 1000 BIG-geregistreerde beroeps-beoefenaren
Allergologie	0	10	0
Anesthesiologie	11	1.778	6,2
Arbeid en gezondheid (bedrijfsgeneeskunde)	54	2.042	26,4
Arbeid en gezondheid (verzekeringsgeneeskunde)	31	1.028	30,2
Cardiologie	21	1.049	20
Cardio-thoracale chirurgie	11	144	76,4
Dermatologie en venerologie	18	526	34,2
Heelkunde	49	1.351	36,3
Huisartsgeneeskunde	249	11.823	21,1
Interne geneeskunde	38	2.150	17,7
Keel-neus-oorheelkunde	4	528	7,6
Kindergeneeskunde	18	1.511	11,9
Klinische chemie	?	23	-
Klinische genetica	0	127	0
Klinisch geriatrie	1	198	5,1
Leer van maag-, lever- en darmziekten	9	432	20,8
Longziekten en tuberculose	12	599	20
Maatschappij en gezondheid	6	894	6,7
Medische microbiologie	0	262	0
Medische zorg voor verstandelijk gehandicapten	1	-	-
Neurochirurgie	10	152	65,8
Neurologie	24	914	26,3
Nucleaire geneeskunde	0	174	0
Obstetrie en gynaecologie	27	1.059	25,5
Oogheelkunde	10	721	13,7
Orthopedie	34	720	47,2
Ouderengeneeskunde	27	1.470	18,4
Pathologie	0	432	0
Plastische chirurgie	9	295	30,5
Psychiatrie	191	3.237	59
Radiologie	8	1.155	6,9
Radiotherapie	1	282	3,5
Reumatologie	0	287	0
Revalidatiegeneeskunde	4	500	8
Urologie	19	427	44,5
Zenuw- en zielsziekten	0	1	0
Overige artsen	158	35.879	4,4

Bron: BIG-register (aantal beroepsbeoefenaren) en jaarverslagen van de tuchtcolleges (aantal klachten)

In de bovenstaande tabel is te zien welke specialismen relatief gezien het meest te maken hebben met het tuchtrecht (in 2012). Over de specialismen cardio-thoracale chirurgie, neurochirurgie, orthopedie en urologie worden de meeste klachten ingediend (meer dan 40 per 1000 beroepsbeoefenaren).

6.3.2 Behandeling van de klachten en opleggen van maatregelen

Hieronder is de klachtbehandeling opgenomen van de Regionale Tuchtcolleges en het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg en het College van Medisch Toezicht.

Regionale Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg

Hieronder is een overzicht opgenomen van de behandeling van tuchtklachten in de afgelopen jaren. Het percentage afgehandelde klachten geldt als percentage van het totaal, dus inclusief niet-ontvankelijk verklaringen en behandelingen in de raadkamer.

Tabel 6.3: Klachtbehandeling Regionale Tuchtcolleges in de afgelopen zes jaren, per jaar

Jaartal	Aantal afgehandelde klachten	Percentage behandeling in raadkamer	Percentage behandeling ter zitting	Gegrond aantal en percentage van het aantal afgehandelde klachten
2012	1.625	66%	34%	231 (14%)
2011	1.590	66%	34%	250 (16%)
2010	1.493	65%	35%	249 (17%)
2009	1.309	65%	35%	179 (14%)
2008	1.347	65%	35%	196 (15%)
2007	1.293	67%	33%	184 (14%)

Bron: jaarverslagen van de tuchtcolleges

De afgelopen zes jaar is tweederde van de klachten behandeld in raadkamer, waarna de klacht door de klager is ingetrokken, de klager niet-ontvankelijk is verklaard of de klacht ongegrond verklaard is dan wel is afgewezen. Behandeling in raadkamer blijkt nooit te leiden tot gegrondverklaring van de klacht. Eenderde van de klachten wordt ter zitting behandeld. In 2012 werd 42% van deze zaken gegrond verklaard; dat is 14% van het totaal aantal afgehandelde klachten. Meestal wordt bij gegrondverklaring een waarschuwing of een berisping opgelegd; in 2012 werd bij 63% van de gegrondverklaringen een waarschuwing opgelegd en bij 19% van de gegrondverklaringen een berisping. Doorhaling werd 15 keer opgelegd.

Beroepszaken bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Het aantal beroepen dat bij het Centraal Tuchtcollege aanhangig werd gemaakt in de afgelopen tien jaar ligt jaarlijks tussen de 21% en 31% van het aantal tuchtklachten dat behandeld is bij de Regionale Tuchtcolleges. In de onderstaande tabel is over de afgelopen zes jaar vermeld hoeveel klachten

jaarlijks afgehandeld worden, hoeveel ter zitting behandeld zijn en welke aantallen en percentages gegrond dan wel ongegrond verklaard zijn door het Centraal Tuchtcollege.

Tabel 6.4: Klachtbehandeling Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg[227], per jaar

Jaartal	Aantal afgehandelde klachten	Behandeling ter zitting	RTG vond gegrond, CTG vindt eveneens gegrond[228]	RTG vond gegrond, CTG vindt ongegrond	RTG vond ongegrond, CTG vindt gegrond	RTG vond ongegrond, CTG vindt eveneens ongegrond
2012	426	296 (69%)	59 (66%)	29 (32%)	13 (7%)	172 (92%)
2011	377	263 (70%)	56 (100%)	0 (0%)	17 (8%)	183 (90%)
2010	281	199 (71%)	65 (81%)	15 (19%)	7 (6%)	105 (88%)
2009	333	245 (74%)	61 (100%)	0 (0%)	5 (2%)	170 (92%)
2008	355	247 (70%)	42 (70%)	12 (20%)	21 (11%)	149 (79%)
2007	329	242 (74%)	40 (66%)	18 (30%)	10 (7%)	125 (87%)

Bron: jaarverslagen van de tuchtcolleges

Uit bovenstaande tabel blijkt dat door het Centraal Tuchtcollege een groter gedeelte van de zaken ter zitting behandeld wordt dan door tuchtcolleges. Een groot deel van de gegrondverklaringen van het tuchtcollege wordt door het Centraal Tuchtcollege bevestigd, soms met aanpassing van de maatregel (66% tot 100%). Een groot deel van de ongegrondverklaringen wordt eveneens door het Centraal Tuchtcollege bevestigd (79% tot 92%).

College van Medisch Toezicht

Het College van Medisch toezicht, dat beoordeeld of beroepsbeoefenaren ongeschikt zijn voor de uitoefening van hun beroep als gevolg van de geestelijke of lichamelijke conditie of vanwege gewoonte van drankmisbruik of misbruik van verdovende middelen, heeft in de afgelopen vijf jaren slechts één zaak behandeld. Deze zaak is binnengekomen in 2008 en afgehandeld in 2010. Momenteel zijn er geen zaken in behandeling.

6.3.3 Zorggerelateerde schade

Het aantal klachten dat wordt ingediend bij de tuchtcolleges is laag. In 2008 heeft Nivel in haar Monitor zorggerelateerde schade[229] door middel van een studie naar een groot aantal dossiers

227 Percentages bij gegrond en ongegrondverklaringen tellen niet op tot 100%, omdat het deel dat niet ontvankelijk is verklaard of terug verwezen naar het Regionaal Tuchtcollege niet is opgenomen in de tabel. De beroepen die zijn ingetrokken voorafgaand aan de behandeling, zijn niet meegenomen in de tabel.

228 Wanneer het Centraal Tuchtcollege in beroep evenals het Regionaal Tuchtcollege tot gegrondverklaring van de klacht besluit, betekent dit niet altijd dat de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege volledig in stand blijft. In een aantal gevallen is een andere maatregel opgelegd.

229 Langelaan e.a. 2010.

geconstateerd dat jaarlijks 38.600 patiënten mogelijk te maken hebben met potentieel vermijdbare zorggerelateerde schade. In verhouding tot het aantal patiënten dat mogelijkerwijs te maken heeft met vermijdbare zorggerelateerde schade is het aantal klachten dat bij de tuchtcolleges is ingediend laag.

6.4 Inzet in de praktijk

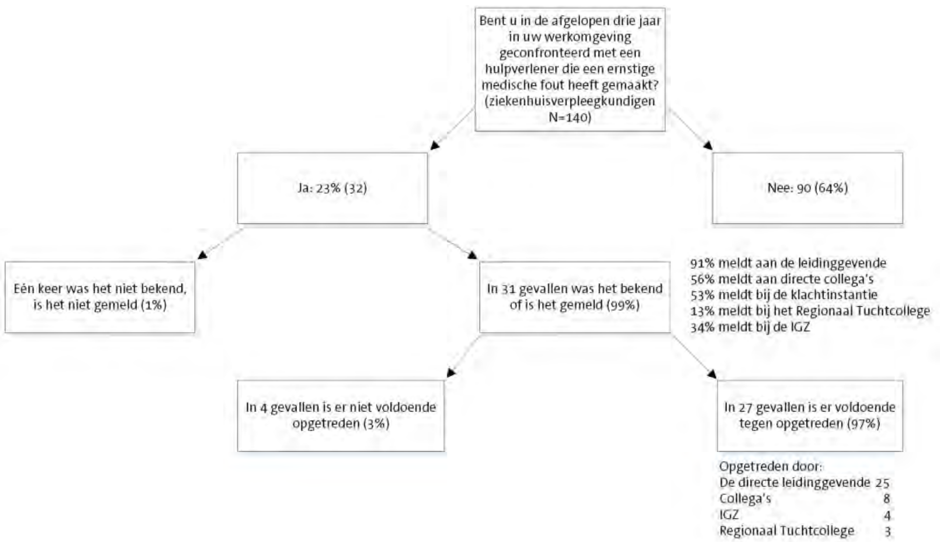
In deze paragraaf is opgenomen op welke manier instellingen, beroepsbeoefenaren en consumenten in de praktijk omgaan met klachten.

6.4.1 Beleid in zorginstellingen rond de omgang met incidenten en klachten

Het tuchtrecht is één van de instrumenten om beroepsbeoefenaren te corrigeren. Zoals eerder aangegeven zijn de belangrijkste klagers de patiënt of diens nabestaande en de IGZ, maar daarnaast kunnen ook de opdrachtgevende arts, andere beroepsbeoefenaren, zorginstellingen en de zorgverzekeraar een klacht indienen. Andere instrumenten om beroepsbeoefenaren te corrigeren zijn het strafrecht, een bestuurlijke boete of een aanwijzing van de IGZ. In de structuur van ziekenhuizen of maatschappen zullen ook de corrigerende mechanismen van de instelling zelf ingezet worden, zoals klachtencommissies en gesprekken met leidinggevenden, eventueel gevolgd door ontslag.

In het onderstaande stroomschema is te zien hoe ziekenhuisverpleegkundigen omgaan met een beroepsbeoefenaar die een ernstige medische fout heeft gemaakt.

Figuur 6.3: Ernstige medische fout (antwoorden ziekenhuisverpleegkundigen)



Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

In de meeste gevallen wordt bij ernstige medische fouten door de instelling zelf opgetreden. Slechts in enkele gevallen wordt opgetreden door de IGZ of door het tuchtcollege. Meest voorkomend is het confronteren van de beroepsbeoefenaar in een gesprek of het aanbieden van een begeleidingstraject aan de beroepsbeoefenaar die een ernstige medische fout heeft gemaakt. Het zijn meestal de direct leidinggevenden of de directie die optreden. Ook geeft 85% van de verpleegkundigen aan het incident aan de leidinggevende te melden en 54% meldt het aan directe collega's. Door 56% is aangeven dat de klacht bij de klachtencommissie is gemeld of daar bekend was. De IGZ is in een kwart van de gevallen op de hoogte gebracht door de zorginstelling. Het tuchtrecht zelf neemt maar een beperkte plaats in bij het melden van incidenten.

In de meeste instellingen is beleid opgesteld over hoe in de instelling wordt omgegaan met patiënten die niet tevreden zijn over de behandelwijze van een beroepsbeoefenaar; dit varieert van 97% van de GGZ instellingen tot 71% van de instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. In vrijwel alle instellingen waar beleid is vastgesteld, wordt de patiënt gewezen op de mogelijkheden van het indienen van een klacht bij de instelling. Daarnaast is het in driekwart van de instellingen beleid om de patiënt eerst te vragen in gesprek te gaan met de betreffende beroepsbeoefenaar, alvorens een klacht in te dienen (variatie 71% tot 88%). De patiënt wijzen op de mogelijkheden om een klacht in te dienen bij het tuchtcollege is in circa de helft van de instellingen beleid, waarbij dit het minst vaak gebruikelijk is in instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking (36%) en het vaakst in ziekenhuizen (63%).

In de onderstaande tabel is opgenomen wie de (eerst) aangewezen persoon is om patiënten te informeren over zijn klachtmogelijkheden.

Tabel 6.5: Wie is de (eerst) aangewezen persoon die volgens het beleid van uw instelling de patiënt moet vertellen wat hij kan doen als hij niet tevreden is over de behandelwijze door een beroepsbeoefenaar?

	ZH N=44	VPH N=29	PK N=26	GGZ N=37	TZ N=30	IVB N=33
De vertrouwenspersoon	0%	10%	8%	8%	0%	12%
De klachtencoördinator	34%	3%	50%	8%	17%	6%
De beroepsbeoefenaar zelf	57%	52%	31%	62%	47%	67%
Een directe collega van de beroepsbeoefenaar	2%	3%	4%	8%	3%	3%
De leidinggevende van de beroepsbeoefenaar	7%	31%	8%	14%	33%	12%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

In de meeste instellingen is de beroepsbeoefenaar het aanspreekpunt voor de patiënt als deze niet tevreden is. De helft van de particuliere klinieken geeft aan dat de patiënt terecht kan bij de klachtcoördinator.

6.4.2 Beroepsbeoefenaren

Een beroepsbeoefenaar kan het tuchtrecht benutten door patiënten te informeren over hun mogelijkheden om een tuchtklacht in te dienen en door kennis te nemen van tuchtrechtelijke uitspraken in het eigen deskundigheidsgebied. In de onderstaande tabellen wordt hierop nader ingegaan.

Tabel 6.6: Hoe vaak wijst u een patiënt op de mogelijkheden van het tuchtrecht?

	A	HK	HA	GY	VK	VPS	TA	GZ
	N=231	N=164	N=163	N=206	N=266	N=305	N=260	N=355
Nooit	71%	68%	50%	60%	57%	73%	57%	45%
Incidenteel	28%	32%	1%	38%	11%	1%	2%	19%
Regelmatig	1%	0%	49%	2%	32%	26%	41%	36%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Tabel 6.7: Neemt u kennis van tuchtrechtelijke uitspraken in uw deskundigheidsgebied?

	A	HK	HA	GY	VK	VPS	TA	GZ
	N=231	N=165	N=162	N=206	N=272	N=305	N=258	N=355
Nooit of een enkele keer	65%	44%	29%	25%	57%	85%	42%	76%
Regelmatig tot zeer vaak	36%	55%	71%	76%	42%	14%	58%	24%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

De meerderheid van de beroepsbeoefenaren wijst patiënten nooit op de mogelijkheden van het tuchtrecht. Beroepsgroepen die het meest regelmatig patiënten over het tuchtrecht informeren zijn de huisartsen, GZ-psychologen, verloskundigen en tandartsen, waarbij het bij de huisartsen om bijna de helft van de beroepsgroep gaat. Een overeenkomst tussen deze groepen is dat het gaat om eerstelijns beroepsbeoefenaren en beroepsbeoefenaren die veel rechtstreeks contact hebben met de patiënt. Beroepsbeoefenaren waarbij het contact met de patiënt minder frequent en vaak van kortere duur is, zoals de chirurg en de gynaecoloog, informeren de patiënt het minst vaak over het tuchtrecht.

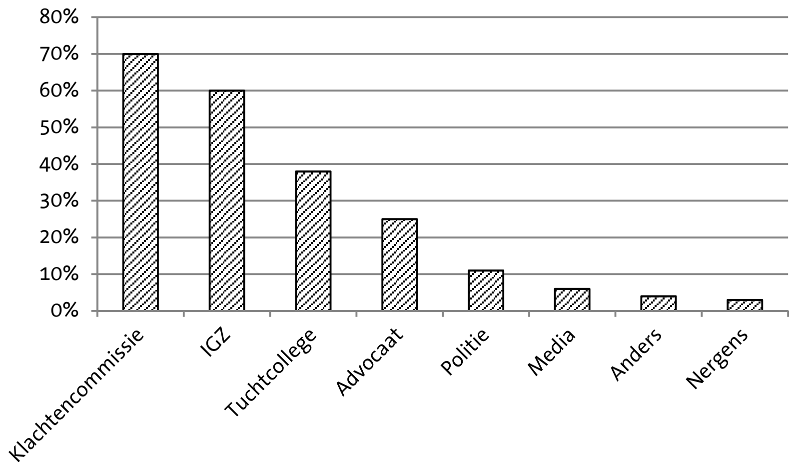
Huisartsen en gynaecologen geven als enige beroepsgroepen met ruim driekwart aan dat zij regelmatig tot zeer vaak kennis nemen van tuchtrechtelijke uitspraken in hun deskundigheidsgebied. Andere beroepsgroepen, zoals overige artsen, verpleegkundig specialisten en GZ-psychologen doen dit vrijwel nooit.

Er blijkt een verband te bestaan tussen de werkervaring van beroepsbeoefenaren en de mate waarin de beroepsbeoefenaar patiënten wijst op het tuchtrecht en kennis neemt van tuchtrechtelijke uitspraken. Beroepsbeoefenaren met meer werkervaring blijken patiënten vaker op het tuchtrecht te wijzen en vaker kennis te nemen van tuchtrechtelijke uitspraken, dan beroepsbeoefenaren waarbij het korter geleden is dat zij zijn afgestudeerd.

6.4.3 Consumenten

Er zijn verschillende mogelijkheden voor consumenten om, als zij een klacht over een beroepsbeoefenaar hebben, met deze klacht om te gaan. Zij kunnen deze klacht bijvoorbeeld indienen bij de klachtencommissie van de instelling waar zij behandeld worden of bij het tuchtcollege. Ook kunnen zij hun klacht melden bij de IGZ, die vervolgens kan beslissen om een onderzoek in te stellen, of aangifte te doen bij de politie. Ten slotte kan een consument ook met de klacht naar een advocaat, die behulpzaam kan zijn bij het indienen van een tuchtklacht of bij het aanhangig maken van een civiele procedure. In de onderstaande tabel is aangegeven waar consumenten met een klacht naartoe zouden gaan.

Figuur 6.5: Waar zou u met een klacht naartoe gaan? (N=1078)



Bron: enquête consumenten Pro Facto/ Ruigrok|Netpanel

Consumenten geven aan dat in het geval zij een klacht zouden hebben, zij deze zouden indienen bij de klachtencommissie of melding van de klacht zouden doen bij de IGZ (70% respectievelijk 60%). Het tuchtcollege wordt door 38% van de consumenten genoemd. Dat deze mogelijkheid minder genoemd wordt, komt mede doordat consumenten niet goed op de hoogte zijn van de mogelijkheid om een klacht in te dienen, slechts de helft van de consumenten geeft aan op de hoogte te zijn van de mogelijkheid om een klacht in te dienen bij een tuchtcollege.[230] Bij de bovenstaande tabel geldt als kanttekening dat wanneer consumenten aangeven dat zij een klacht zullen indienen, dit niet betekent dat zij dat ook echt zullen doen. Zoals in paragraaf 6.2 naar voren kwam, ligt het aantal klachten dat ingediend wordt bij de tuchtcolleges vrij laag.

230 Hoe hoger opgeleid consumenten zijn, hoe vaker zij hiervan op de hoogte zijn. Ook mensen die vaker een beroep doen op zorg, blijken beter geïnformeerd over de mogelijkheid van het indienen van een klacht dan mensen die weinig in aanraking komen met zorg.

6.5 Opvattingen

In deze paragraaf zijn de opvattingen van beroepsbeoefenaren, consumenten, instellingen, leden van de tuchtcolleges en advocaten weergegeven. Achtereenvolgens worden opvattingen over de toegankelijkheid (paragraaf 6.4.1), procedures (paragraaf 6.4.2), de inhoudelijke behandeling van tuchtklachten (paragraaf 6.4.3) en de rol van de IGZ in het tuchtrecht (paragraaf 6.4.4) besproken.

6.5.1 Opvattingen over de toegankelijkheid

Het tuchtrecht is er om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken en te bevorderen. Daarnaast is het tuchtrecht er om beroepsbeoefenaren die een fout hebben gemaakt te corrigeren. Aan de beroepsbeoefenaren zijn vier doelen voorgelegd, waarbij zij konden aangeven welke volgens hen de doelen van het tuchtrecht zijn.

Tabel 6.8: Wat is het doel van het tuchtrecht?

meerdere antwoorden mogelijk	A N=234	HK N=165	HA N=164	GY N=205	VK N=272	VP N=1265	VPS N=305	TA N=260	GZ N=354	MH N=213	KF N=161
Bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening (dit is een doel)	93%	86%	95% (90%)	92% (83%)	89% (85%)	84% (89%)	88%	84% (73%)	88%	75% (81%)	75%
Bieden van genoegdoening aan patiënten d.m.v. schadevergoeding (dit is geen doel)	6%	4%	5% (5%)	4% (7%)	9% (7%)	11% (16%)	6%	15% (27%)	9%	15% (23%)	5%
Corrigeren van beroepsbeoefenaren die een fout hebben gemaakt (dit is een doel)	49%	58%	51% (85%)	49% (83%)	56% (90%)	56% (84%)	47%	62% (89%)	73%	56% (86%)	65%
Herstellen van de hulpverleningsrelatie met de patiënt (dit is geen doel)	6%	2%	7% (12%)	4% (7%)	7% (20%)	7% (15%)	4%	10% (20%)	7%	8% (26%)	7%

NB: de getallen tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer.

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto, enquête beroepsgroepen EMGO/eerste evaluatie

Over het algemeen blijkt dat de beroepsgroepen ‘bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening’ als doel van het tuchtrecht herkennen. ‘Het corrigeren van beroepsbeoefenaren die een fout hebben gemaakt’ wordt in mindere mate herkend, veelal slechts door een kleine meerderheid van de beroepsbeoefenaren. Ten tijde van de vorige evaluatie, werd dit doel ‘corrigeren van beroepsbeoefenaren’ door 83% tot 90% van de beroepsbeoefenaren herkend.[231] Er is dus een

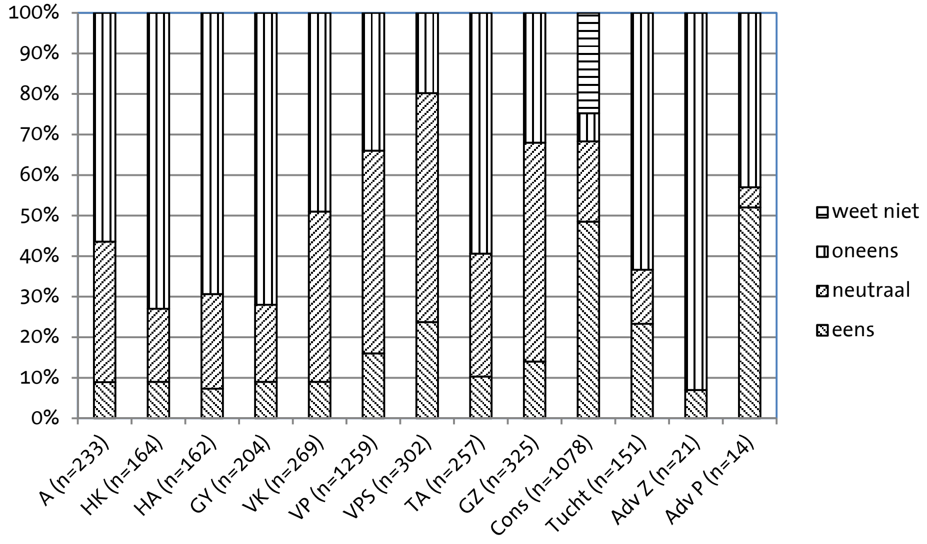
231 Gedeeltelijk is de vraagstelling hiervan oorzaak; destijds is de vraag gesteld als kennisvraag, waarbij bij elk doel moest worden aangegeven of het om een doel van het tuchtrecht ging of niet. Bij deze evaluatie is gevraagd naar de opvatting van de respondenten welke van de opties een doel van het tuchtrecht is. Er is een groot verschil in antwoorden waarneembaar vergeleken met de eerste evaluatie.

behoorlijke afname te zien; geconstateerd kan worden dat het doel om beroepsbeoefenaren te corrigeren tien jaar geleden beduidend belangrijker werd geacht dan tegenwoordig.

De kennis over de doelstellingen die het tuchtrecht *niet* heeft, is onder alle beroepsgroepen verbeterd ten opzichte van de eerste evaluatie. In 2002 dacht bijvoorbeeld 27% van de tandartsen dat het bieden van genoegdoening aan patiënten een doel van het tuchtrecht was. Nu denkt 15% dat.

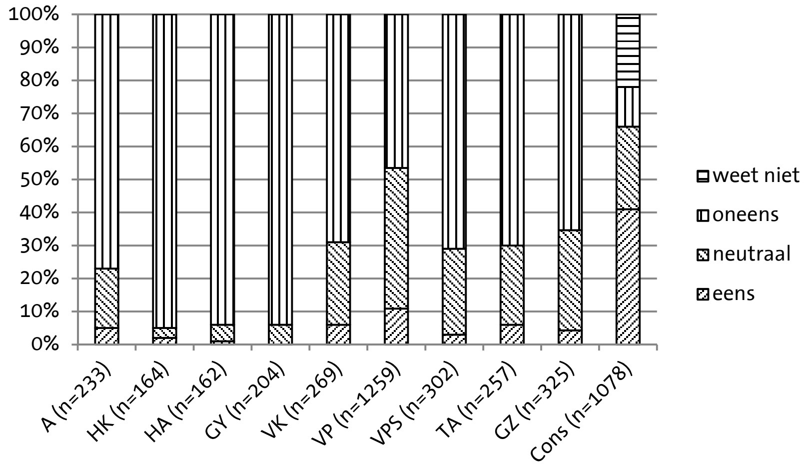
Aan beroepsbeoefenaren, consumenten, leden van de tuchtcolleges en advocaten is gevraagd of zij vinden dat het tuchtrecht voldoende toegankelijk is. Daarnaast is gevraagd aan beroepsbeoefenaren en consumenten of zij vinden dat de tuchtcolleges de beroepsbeoefenaren de hand boven het hoofd houden.

Figuur 6.6: Het tuchtrecht is niet toegankelijk genoeg voor patiënten en betrokkenen



Bron: enquêtes beroepsgroepen, advocaten en leden tuchtcolleges Pro Facto, enquête consumenten Pro Facto/Ruigrok|Netpanel

Figuur 6.7: De tuchtcolleges houden beroepsbeoefenaren de hand boven het hoofd



Bron: enquêtes beroepsgroepen, enquête consumenten Pro Facto/Ruigrok|Netpanel

Er bestaat een groot verschil in de opvattingen van consumenten en beroepsbeoefenaren over de toegankelijkheid van het tuchtrecht. Bijna de helft van de consumenten[232] vindt het tuchtrecht niet toegankelijk genoeg. Bij beroepsbeoefenaren liggen deze percentages veel lager (bij de huisarts bijvoorbeeld 7%). Arts-specialisten (heelkundigen, huisartsen en gynaecologen) vinden het tuchtrecht het vaakst wel toegankelijk (69% tot 73%). Verpleegkundigen nemen een middenpositie in tussen beroepsbeoefenaren en consumenten; 16% van de verpleegkundigen en 24% van de verpleegkundig specialisten vindt het tuchtrecht niet toegankelijk genoeg. Bij de stelling 'de tuchtcolleges houden de beroepsbeoefenaren de hand boven het hoofd' is een soortgelijk beeld te zien; consumenten (41%)[233] zijn het beduidend meer eens met deze stelling dan beroepsbeoefenaren (hoogste percentage verpleegkundig specialisten, 11%). De opvattingen van zowel consumenten als beroepsbeoefenaren zijn ten opzichte van de eerste evaluatie nauwelijks gewijzigd.

De tuchtcolleges nemen een middenpositie in tussen beroepsbeoefenaren en consumenten. Eén op de vijf leden van de tuchtcolleges vindt het tuchtrecht niet toegankelijk genoeg voor patiënten en betrokkenen. Advocaten sluiten zich aan bij de groep die zij vertegenwoordigen; onder de advocaten van beroepsbeoefenaren zijn maar weinig respondenten die het tuchtrecht als niet toegankelijk ervaren, onder advocaten die patiënten vertegenwoordigen, ervaart de helft het tuchtrecht als niet toegankelijk genoeg.

232 Hoger opgeleiden vinden het tuchtrecht vaker toegankelijk dan lager opgeleiden. Jongeren vinden het tuchtrecht minder vaak toegankelijk dan ouderen en personen van middelbare leeftijd.

233 Lager opgeleiden vinden vaker dat de tuchtcolleges beroepsbeoefenaren de hand boven het hoofd houden dan hoger opgeleiden. Jongeren vinden dit minder vaak dan ouderen en personen van middelbare leeftijd.

Aan consumenten is gevraagd wat zij zouden doen wanneer hun beroepsbeoefenaar een ernstige medische fout gemaakt zou hebben bij de behandeling. In de onderstaande tabel is opgenomen wat de vijf belangrijkste redenen voor de overweging om een tuchtklacht in te dienen zijn die consumenten genoemd hebben.

Tabel 6.9: Stel, je hulpverlener heeft een ernstige medische fout gemaakt in je behandeling. Wat zouden voor jou de belangrijkste redenen zijn om een tuchtklacht in te dienen?[234]

Reden *meerdere antwoorden mogelijk*	percentage N=1078
Ik wil voorkomen dat een fout nog een keer wordt gemaakt.	71 %
Ik wil dat de beroepsbeoefenaar zijn fout toegeeft.	56 %
Ik wil genoegdoening voor wat de beroepsbeoefenaar mij heeft aangedaan.	39 %
Ik wil een schadevergoeding.	35 %
Ik wil dat de zorg verbetert.	34 %

Bron: enquête consumenten Pro Facto/Ruigrok|Netpanel

De belangrijkste reden voor consumenten om een tuchtklacht in te dienen is te voorkomen dat een fout nog een keer wordt gemaakt (89%). Daarnaast geeft 56% van de respondenten aan dat zij willen dat de beroepsbeoefenaar zijn fout toegeeft. Andere veelgenoemde overwegingen zijn het willen van genoegdoening voor wat de beroepsbeoefenaar de consument heeft aangedaan, het krijgen van een schadevergoeding en het verbeteren van de zorg. Sommige overwegingen, zoals het verkrijgen van genoegdoening of een schadevergoeding, wordt door consumenten belangrijk gevonden (58% en 52%), maar zijn geen doelen waarvoor het tuchtrecht in het leven is geroepen. Redenen van consumenten om geen tuchtklacht in te dienen zijn met name dat zij niet weten waar zij met de klacht naartoe moeten (40%) en dat zij zichzelf niet het type vinden dat snel klaagt (38%).

Onderzoek van Nivel onder klagers[235] laat zien welke aspecten klagers belangrijk vinden bij het indienen van een tuchtklacht of klacht bij de klachtencommissie. De belangrijkste overweging voor klagers om een tuchtklacht in te dienen blijkt ‘voorkomen dat het anderen overkomt’ (89%). Dit komt overeen met de resultaten uit ons vragenlijstonderzoek onder consumenten; 71% geeft ‘voorkomen dat het anderen overkomt’ als belangrijkste overweging aan voor het mogelijk starten van een tuchtrechtprocedure. Hoewel 89% van de klagers in het onderzoek van Nivel aangeeft dit belangrijk te vinden, blijkt uit hetzelfde onderzoek dat slechts 26% vindt dat dit doel gerealiseerd is. Andere belangrijke redenen voor de klagers zijn herstel van het rechtsgevoel (84%) en voorkomen dat de

234 In de tabel zijn alleen de vijf meest genoemde antwoorden opgenomen.

235 Kruikemeier e.a. 2009. De resultaten van deze paragraaf over klagers zijn ontleend aan een onderzoek van Nivel uit 2008. De klachteninstanties hebben vragenlijsten verstuurd naar mensen met geheel of gedeeltelijk gegronde klachten. De klachten zijn afgerond in 2007 of 2008.

klachten binnenskamers bleven (71%). Herstel van het rechtsgevoel is slechts in 55% van de zaken gerealiseerd.[236]

Bij vergelijking van de redenen om een klacht in te dienen, tussen klagers bij de tuchtcolleges en klagers bij klachtencommissies van ziekenhuizen, blijkt dat beide groepen klagers als belangrijkste overweging 'voorkomen dat het anderen overkomt' hebben (respectievelijk 89% en 93%). Een verschil in overwegingen is met name zichtbaar bij de reden 'zorgen dat de hulpverlener gestraft wordt'; een derde van de klagers bij de klachtcommissie van een ziekenhuis geeft dit aan tegenover 58% van de klagers bij het Regionaal Tuchtcollege.[237]

In de onderstaande tabel is een vergelijking opgenomen van aspecten die klagers belangrijk vinden bij de behandeling van hun tuchtklacht en aspecten die klagers die een klacht hebben ingediend bij klachtencommissies van ziekenhuizen belangrijk vinden.

Tabel 6.10: Vergelijking tussen aspecten die respondenten vooraf het belangrijkst vinden en de mate waarin deze aspecten volgens hen gerealiseerd zijn[238]

De klachteninstantie/ het Regionaal Tuchtcollege heeft:	Klachtencommissie ziekenhuizen N=323		Regionaal Tuchtcollege N=73	
Antwoordcategorieën:	Belangrijkst	Gerealiseerd	Belangrijkst	Gerealiseerd
Zich onpartijdig opgesteld.	88%	70%	92%	75%
Een uitspraak gedaan over de gegrondheid .	87%	86%	84%	85%
Respondent met respect behandeld.	84%	84%	81%	84%
Respondent zijn of haar verhaal laten vertellen.	79%	82%	75%	89%
Uitgelegd hoe het tot een uitspraak is gekomen.	78%	71%	75%	71%
Respondent de gelegenheid gegeven persoonlijk te vertellen wat er is gebeurd.	68%	67%	70%	89%
Begrip getoond voor de ervaring van de respondent.	78%	71%	66%	67%
Zelf een onderzoek gedaan naar de klachten.	83%	67%	63%	41%
Aanbevelingen aan de organisatie gedaan voor veranderen.	88%	58%	60%	32%

Bron: Nivel, 2009.

Een belangrijk aspect voor klagers is dat het tuchtcollege zich in de procedure onpartijdig opstelt. Slechts driekwart van de klagers vindt achteraf dat het tuchtcollege zich onpartijdig heeft opgesteld. Dit is aanzienlijk lager dan de 92% die dit belangrijk vindt. Deze uitkomst ligt in lijn met de antwoorden van consumenten op de stelling 'de tuchtcolleges houden beroepsbeoefenaren de hand

236 Kruikemeijer e.a. 2009, p. 70.

237 Kruikemeijer e.a. 2009, p. 70.

238 Kruikemeijer e.a. 2009, p. 59.

boven het hoofd'. Van de consumenten onderschrijft 41% deze stelling, die eveneens de partijdigheid die consumenten veronderstellen meet. Uit de bovenstaande tabel blijkt voorts dat de tuchtcolleges wel inspanningen verrichten om de patiënt zoveel mogelijk te betrekken tijdens een zitting; 84% van de klagers voelt zich met respect behandeld en 89% heeft het gevoel dat hij zijn verhaal mocht vertellen. Beide aspecten zijn in hogere mate gerealiseerd dan vooraf belangrijk werd gevonden.

Klagers hebben het idee dat de tuchtcolleges zelf weinig onderzoek doen naar de klachten (41%) en geen aanbevelingen doen naar de organisatie voor veranderingen (32%). Klachtencommissies scoren hoger op deze laatste twee punten (67% en 58%). Daar staat tegenover dat tuchtcolleges vanuit het perspectief van de klager vaker de gelegenheid geven om persoonlijk te vertellen wat er is gebeurd (89% bij de tuchtcolleges tegenover 67% bij de klachtencommissie).

Aan de leden van de tuchtcolleges en aan de advocaten is nog een aantal andere stellingen voorgelegd die te maken hebben met de toegankelijkheid.

Tabel 6.11: Stellingen over toegankelijkheid

% eens	Tucht N=151	Adv Z N=21	Adv P N=14
Binnen het tuchtrecht heeft de klager voldoende ruimte om zijn verhaal te doen.	91%	93%	53%
Door het gebruik van medisch jargon is de bespreking ter zitting voor klagers moeilijk te begrijpen.	14%	7%	58%
Het tuchtcollege sluit bij de beoordeling van tuchtklachten voldoende aan bij wat door de beroepsbeoefenaren als zorgvuldig handelen wordt aangemerkt.	99%	78%	57%
Het systeem van tuchtrechtspraak biedt voldoende waarborgen om de belangen van patiënten te beschermen.	73%	65%	17%
Het systeem van tuchtrechtspraak biedt voldoende waarborgen om de belangen van de beroepsbeoefenaren te beschermen.	82%	71%	66%

Bron: enquêtes advocaten en leden tuchtcolleges Pro Facto

De leden van de tuchtcolleges vinden dat de klager voldoende ruimte heeft om zijn verhaal te doen (91%) en dat het tuchtcollege voldoende aansluit bij wat door beroepsbeoefenaren als zorgvuldig handelen wordt aangemerkt (99%). Over de waarborgen die het systeem van tuchtrechtspraak patiënten en beroepsbeoefenaren biedt zijn de tuchtcolleges minder eensgezind, maar nog steeds is 73% respectievelijk 82% het hiermee eens. Slechts 14% van de leden van de tuchtcolleges vindt dat het taalgebruik ter zitting moeilijk te begrijpen is. Waar de tuchtcolleges wel bezorgd over zijn is de positie van de klager ten opzichte van de beroepsbeoefenaar. Uit de interviews met de voorzitters en secretarissen van de tuchtcolleges komt naar voren dat beroepsbeoefenaren steeds vaker verzekerd zijn wegens rechtsbijstand en zich daardoor meer door een advocaat laten vergezellen. Ook kunnen beroepsbeoefenaren zich vaak beroepen op een eigen deskundigenrapport. Klagers nemen daarentegen veel minder vaak een vertegenwoordiger mee naar de zitting. Veel rechtsbijstandverzekeringen voor consumenten dekken niet de kosten van een procedure bij de tuchtcolleges. Ook noemen zij als zorg dat hierdoor steeds meer klagers gedurende de procedure stoppen. Dit is mogelijk verklaring voor het grote aantal ingetrokken klachten (zie paragraaf 6.2).

De advocaten die patiënten vertegenwoordigen zijn een stuk minder positief over de waarborgen die het systeem van tuchtrechtspraak biedt voor patiënten. Slechts 17% vindt dat er voldoende waarborgen zijn en slechts 53% vindt dat er voldoende ruimte is voor de klager om zijn verhaal te doen. De advocaten die beroepsbeoefenaren vertegenwoordigen zijn positiever, ook waar het gaat om het waarborgen van de belangen van beroepsbeoefenaren.

Ten slotte is voor de toegankelijkheid van het tuchtrecht de verjaringstermijn van belang. Op dit moment is de verjaringstermijn in het tuchtrecht 10 jaar. Aan de leden van de tuchtcolleges en advocaten is voorgelegd of deze termijn verkort of verlengd moet worden. Er blijkt geen draagvlak te zijn voor het verlengen van de verjaringstermijn; slechts vier leden van de tuchtcolleges en drie advocaten (die patiënten vertegenwoordigen) vinden de huidige termijn te kort. Wel geeft de helft van de leden van de tuchtcolleges en 71% van de advocaten die beroepsbeoefenaren vertegenwoordigen aan dat de verjaringstermijn te lang is. Uit interviews met de tuchtcolleges blijkt dat de achtergrond hiervan is dat het jaren nadat een incident is voorgevallen, lastig is te reconstrueren wat er in medisch opzicht is voorgevallen. Onder de advocaten die patiënten vertegenwoordigen, is niemand van mening dat de verjaringstermijn te lang is.

6.5.2 Opvattingen over de procedures

Er is een aantal stellingen aan de tuchtcolleges en advocaten voorgelegd over de positie van de klager in de tuchtzaken. Deze zijn in de onderstaande tabel opgenomen.

Tabel 6.12: Stellingen over klager

Een klager zou verplicht moeten zijn ... % eens	Tucht N=151	Adv Z N=21	Adv P N=14
Zich tijdens een tuchtprocedure te laten bijstaan door een advocaat of andere rechtshulpverlener.	42%	52%	31%
Voorafgaand aan het indienen van de klacht deze te bespreken met de betrokken beroepsbeoefenaar.	57% (68%)	93%	29%
Via de Inspectie voor de Gezondheidszorg een klacht in te dienen.	9% (20%)	28%	5%
De klacht eerst in te dienen bij de klachtencommissie van de instelling.	57% (58%)	50%	5%

Bron: enquêtes advocaten en leden tuchtcolleges Pro Facto

De advocaten die patiënten bij staan in tuchtzaken vinden over het algemeen dat de bovenstaande eisen niet aan klagers gesteld hoeven te worden, met name waar het gaat om het voorleggen van de klacht aan de IGZ of aan de klachtencommissie van de instelling. Het bespreken van de klacht met de beroepsbeoefenaar vinden met name de advocaten van de beroepsbeoefenaren belangrijk; 93% van hen antwoord dit, tegenover 57% van de leden van de tuchtcolleges en 29% van de advocaten die patiënten vertegenwoordigen. In vergelijking met de vorige evaluatie van de Wet BIG werd toen vaker door leden van de tuchtcolleges gevonden dat de klacht ingediend moest worden via de IGZ (nu 9%, tien jaar geleden 20%). Andere antwoorden zijn vergelijkbaar met de eerste evaluatie.

Steeds meer zorg wordt aangeboden via samenwerking tussen instellingen en/of beroepsbeoefenaren en in ketens. Daardoor worden de tuchtcolleges steeds vaker geconfronteerd met klachten die niet tegen de juiste beroepsbeoefenaar zijn ingediend. Ook komt het vaak voor dat de tuchtcolleges bij een klacht aspecten, in bijvoorbeeld het dossier, vaststellen die wel tot gegrondverklaring van de klacht zouden kunnen leiden, maar die niet meegenomen kunnen worden, omdat de klacht hier niet tegen is gericht.[239] Door eenderde van de leden van de tuchtcolleges is aangegeven dat zij vinden dat er op dit moment te veel tijd gemoeid is met klachten die toch ongegrond worden verklaard. Een aantal mogelijke verbetervoorstellen is aan de leden van de tuchtcolleges en de advocaten voorgelegd.

Tabel 6.13: Stellingen over samenwerking en ketenzorg

% eens	Tucht N=151	Adv P N=21	Adv Z N=14
Het tuchtcollege zou de mogelijkheid moeten hebben om een klacht die niet tegen de juiste beroepsbeoefenaar is ingediend in behandeling te kunnen nemen tegen de beroepsbeoefenaar die verantwoordelijk is voor de schade die is toegebracht	78%	95%	57%
Klachten die gaan over organisatorische tekortkomingen horen niet bij de tuchtcolleges thuis, maar bij klachtcommissies van de organisatie (bijv. ziekenhuis of huisartsenpost)	55%	19%	70%
Het indienen van een tuchtklacht tegen een collectief van beroepsbeoefenaren (bijvoorbeeld maatschap, zorggroep) moet mogelijk gemaakt worden	82%	95%	50%

Bron: enquêtes advocaten en leden tuchtcolleges Pro Facto

Bij zowel de leden van de tuchtcolleges als bij de advocaten bestaat behoefte aan een verruiming van de mogelijkheden om een klacht in behandeling te kunnen nemen, bijvoorbeeld door een klacht die niet tegen de juiste beroepsbeoefenaar is ingediend in behandeling te kunnen nemen tegen de beroepsbeoefenaar die verantwoordelijk is voor de schade die is toegebracht en door het mogelijk maken van het indienen van een tuchtklacht tegen een collectief van beroepsbeoefenaren, zoals een maatschap of zorggroep. Nagenoeg alle advocaten die patiënten vertegenwoordigen (95%) zijn het hiermee eens en een groot deel van de leden van de tuchtcolleges (78% en 82%). Klachten over organisatorische tekortkomingen moeten volgens 55% van de tuchtcolleges en 70% van de advocaten die beroepsbeoefenaren vertegenwoordigen niet aan het tuchtcollege voorgelegd worden, maar aan de klachtencommissie van de organisatie. Bij de advocaten van patiënten vindt slechts 19% dat.

Door verschillende beroepsorganisaties is naar voren gebracht dat in veel gevallen niet de juiste beroepsbeoefenaar aangesproken kan worden, omdat slechts bij een beperkte groep (artikel 3 beroepsbeoefenaren) via de tuchtcolleges opgetreden kan worden. De artikel 3 beroepen zijn niet in alle gevallen de verantwoordelijke voor ontstane schade bij een consument, waardoor de patiënt niemand hierop kan aanspreken.

239 Uit de interviews met de voorzitters en secretarissen van de tuchtcolleges.

Samenstelling tuchtcolleges

De verhouding tussen juristen en beroepsgenoten verschilt tussen het Regionaal Tuchtcollege en het Centraal Tuchtcollege. Het Regionaal Tuchtcollege bestaat uit twee juristen en drie beroepsgenoten, het Centraal Tuchtcollege bestaat uit drie juristen en twee beroepsgenoten. Daarnaast heeft elk tuchtcollege een secretaris die eveneens jurist is. Aan de leden van de tuchtcolleges en de advocaten is een aantal beweringen over de samenstelling van de tuchtcolleges voorgelegd. Dit is in de onderstaande twee tabellen opgenomen.

Tabel 6.14: Wat vindt u van de huidige verhouding tussen juristen en beroepsgenoten in de Regionale Tuchtcolleges en het Centraal Tuchtcollege?

	Tucht		Adv	
	N=151		N=43	
	RTG	CTG	RTG	CTG
De verhouding is goed.	89%	48%	74%	63%
Minder juristen en meer beroepsgenoten zou mijn voorkeur hebben.	1%	40%	9%	35%
	(40%)	(55%)	(48%)	(28%)
Meer juristen en minder beroepsgenoten zou mijn voorkeur hebben.	1%	1%	16%	2%
Het is niet nodig dat juristen zitting in het tuchtcollege hebben.	0%	0%	0%	0%
Het is niet nodig dat beroepsgenoten zitting in het tuchtcollege hebben.	0%	0%	0%	0%
Geen mening.	9%	12%	0%	0%

NB: percentages tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer

Bron: enquêtes advocaten en leden tuchtcolleges Pro Facto

Tabel 6.15: Stellingen over de samenstelling tuchtcollege

% eens	Tucht	Adv
	N=151	N=43
Een lid-beroepsgenoot dient uiterlijk twee jaar na het neerleggen van de praktijk te stoppen met het lidmaatschap van een tuchtcollege.	80%	72%
Bij de beoordeling van een klacht dient altijd een beroepsgenoot van het betreffende specialisme betrokken te zijn.	92% (90%)	88% (96%)

NB: percentages tussen haakjes geven de resultaten uit de eerste evaluatie weer

Bron: enquêtes advocaten en leden tuchtcolleges Pro Facto

De verhouding tussen juristen en beroepsgenoten in het Regionaal Tuchtcollege wordt over het algemeen als goed beschouwd; deze opvatting deelt 89% van de leden van de tuchtcolleges en 74% van de advocaten. Bij de tuchtcolleges vinden slechts twee personen dat de verhouding anders zou moeten zijn. Ten tijde van de eerste evaluatie was er minder overeenstemming over de verhouding van de Regionale Tuchtcolleges; 40% van de leden van tuchtcolleges en 48% van de advocaten vond dat er een jurist minder in het college moest zitten. Dit kan verklaard worden doordat de samenstelling van de tuchtcolleges destijds recent gewijzigd was naar méér juristen. Kennelijk is men

inmiddels gewend aan de nieuwe samenstelling en vindt men het niet meer nodig om de samenstelling terug te draaien naar de situatie vóór invoering van de Wet BIG.

Over de samenstelling van het Centraal Tuchtcollege bestaat minder tevredenheid onder de leden van de tuchtcolleges. Een groot deel van de leden blijkt behoefte te hebben aan meer beroepsgenoten in het Centraal Tuchtcollege (40%). Ditzelfde blijkt bovendien uit gesprekken met de tuchtcolleges; ook bij hen bestaat steun voor meer beroepsgenoten in het college, onder meer omdat de beslissing in hoger beroep vaak medisch-inhoudelijk is, waardoor kennis van beroepsgenoten meer nodig is dan een extra jurist. Geen van de respondenten vindt dat de tuchtcolleges uitsluitend uit juristen of uitsluitend uit beroepsgenoten zouden moeten bestaan.

Dat een lid-beroepsgenoot uiterlijk twee jaar na het neerleggen van de praktijk dient te stoppen met het lidmaatschap van een tuchtcollege wordt door 80% van de leden van de tuchtcolleges en door 72% van de advocaten onderschreven. Dat altijd een beroepsgenoot uit het betreffende specialisme betrokken dient te zijn wordt ook onderschreven; 92% van de leden van de tuchtcolleges en 88% van de advocaten is het daarmee eens. Uit interviews met de tuchtcolleges blijkt eveneens dat bijna altijd een beroepsgenoot uit het betreffende specialisme deel uitmaakt van het college dat over de zaak oordeelt. Hierover wordt evenwel niet altijd de klager op dezelfde manier geïnformeerd. Sommige tuchtcolleges vermelden het specialisme van de leden-beroepsgenoten bijvoorbeeld in de brief, doen mededelingen hierover tijdens de zitting of duiden het door middel van naambordjes ter zitting aan. Soms wordt geen mededeling gedaan over het specialisme.

6.5.3 Opvattingen over de inhoud

Tabel 6.16: In hoeverre bent u het met de volgende beweringen eens?

% eens	A N=233	HK N=164	HA N=162	GY N=204	VK N=269	VP N=1259	VPS N=302	TA N=257	GZ N=352	Tucht N=151	Adv N=43
Het is een goede zaak dat de uitspraken van het tuchtcollege openbaar zijn.	80%	70%	76%	74%	77%	71%	79%	59%	79%	—	—
Van het tuchtrecht gaat een preventieve werking uit.	61%	53%	60%	60%	62%	62%	65%	82%	75%	—	—
Het opleggen van een maatregel beschadigt een beroepsbeoefenaar dusdanig dat hij zijn beroep niet goed meer kan uitoefenen.	30%	40%	29%	45%	24%	31%	23%	35%	22%	19%	30%

Bron: enquêtes beroepsgroepen Pro Facto

Over het algemeen wordt op de stellingen over de openbaarheid van het tuchtrecht en dat van het tuchtrecht een preventieve werking uitgaat positief geantwoord. Bij de meeste beroepsgroepen vindt minimaal driekwart het een goede zaak dat de uitspraken openbaar zijn (uitzondering zijn de heelkundige, verpleegkundige en gynaecoloog) en de meerderheid vindt dat er een preventieve werking uitgaat van het tuchtrecht. Tandartsen denken hier anders over; zij vinden vaker dat van het

tuchtrecht een preventieve werking uitgaat (82%), maar dat uitspraken van het tuchtcollege openbaar zijn vindt slechts 59% een goede zaak. Dat is beduidend lager dan de opvatting van de andere beroepsgroepen. Dat het opleggen van een maatregel de beroepsbeoefenaar dusdanig beschadigt dat hij zijn beroep niet goed meer kan uitoefenen, vindt de meerderheid niet. Heelkundigen en huisartsen vinden dit het vaakst (40% en 45%), bij de overige beroepsgroepen vindt ongeveer eenderde dat.

Tuchtnormen

In artikel 47 Wet BIG zijn twee tuchtnormen opgenomen. De eerste tuchtnorm heeft betrekking op het handelen of nalaten in strijd met de zorg die een beroepsbeoefenaar in zijn hoedanigheid als beroepsbeoefenaar hoort te betrachten. De tweede tuchtnorm heeft betrekking op het handelen of nalaten van de beroepsbeoefenaar dat in strijd is met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. De twee tuchtnormen worden verder toegelicht in paragraaf 6.7.6. Aan de leden-juristen van de tuchtcolleges en de advocaten is de vraag voorgelegd of zij vinden dat de tuchtnormen voldoende mogelijkheden bieden om een tuchtrechtelijke procedure tegen beroepsbeoefenaren aanhangig te maken.

Door 55% van de leden van de tuchtcolleges en 35% van de advocaten wordt gedacht dat de eerste tuchtnorm niet voldoende mogelijkheden biedt om klachten over ketenzorg en andere samenwerkingsverbanden te kunnen toetsen. Daarnaast geeft 35% van de leden-juristen van de tuchtcolleges en 44% van de advocaten aan dat de beperking tot individuele gezondheidszorg in de tweede tuchtnorm dient te vervallen. Beide groepen geven aan dat de normen zoals deze nu geformuleerd zijn wel toegepast kunnen worden op praktijkvoorbeelden, maar dat de tuchtcolleges de norm dan wel ruim moeten opvatten. Of de norm ruim wordt opgevat verschilt echter tussen de leden van de tuchtcolleges. Sommige leden-juristen geven aan dat samenwerking en ketenzorg niet in het tuchtrecht thuishoort, omdat het van oudsher bedoeld is om individuele beroepsbeoefenaren aan te spreken. Andere leden-juristen vinden dat de tuchtnorm wel ruim opgevat mag worden. Advocaten geven aan dat het voor patiënten erg lastig is om te bepalen wie zij in een specifiek geval moeten aanspreken en vragen zich af of het gerechtvaardigd is om klagers met deze bewijspositie te belasten. Ook wordt aangegeven dat de kern van het medisch werk ligt bij de wisselwerking of andere aspecten van samenwerking, terwijl in de eerste tuchtnorm de nadruk gelegd wordt bij het individuele aandeel van de beroepsbeoefenaar. Enkele leden-juristen geven aan dat zij liever zouden zien dat het tuchtrecht open normen kent, in plaats van een norm die sterk is geënt op individuele gezondheidszorg.

Beroepsorganisaties hebben aangegeven dat het tuchtrecht voor te weinig beroepsgroepen open staat. Een voorbeeld hiervan is een mondzorgpraktijk waar een niet-tandarts eigenaar is. De eigenaar van de praktijk kan niet via het tuchtrecht worden aangesproken, maar tandartsen die bij hem in dienst zijn wel. Ook enkele advocaten vragen zich af of het tuchtrecht wel beperkt zou moeten blijven tot de acht beroepsgroepen die er nu onder vallen.

6.5.4 Opvattingen over de rol van de IGZ

Eén van de instrumenten voor de IGZ is het starten van een tuchtzaak tegen een disfunctionerende beroepsbeoefenaar. In de afgelopen jaren gebeurde dit nauwelijks. In 2012 is het aantal tuchtklachten verdrievoudigd tot 38 ingediende klachten.

Tabel 6.17: Aantal ingediende klachten door de IGZ 2008 - 2012

Jaartal	Aantal ingediende klachten door IGZ
2012	38
2011	12
2010	12
2009	18
2008	6

Bron: jaarverslag IGZ

In het jaarverslag van de IGZ over 2012 valt - naar aanleiding van verschenen rapportages van Sorgdrager en Van der Steenhoven - te lezen dat het functioneren moet verbeteren. Dat heeft in 2012 geleid tot meer inspectiebezoeken en het indienen van meer klachten bij het tuchtcollege. In de met de IGZ in het kader van deze evaluatie gevoerde bespreking is naar voren gekomen dat het tuchtrecht wordt gezien als één van de instrumenten van de IGZ, waarbij (nog) geen duidelijk beleid bestaat ter beantwoording van de vraag wanneer het tuchtrecht de voorkeur verdient ten opzichte van andere instrumenten. Hoewel het aantal klachten ingediend door de IGZ duidelijk is toegenomen in 2012, blijft dit aantal relatief laag. De wel door de IGZ aanhangig gemaakte klachten geven volgens de tuchtcolleges lang niet altijd aanleiding voor het doen van uitspraken over normstelling in de medische beroepsuitoefening. Zie verder over het functioneren van de IGZ als klager paragraaf 6.6.4.

Aan beroepsbeoefenaren, zorginstellingen en leden van de tuchtcolleges is een aantal stellingen voorgelegd over de IGZ.

Tabel 6.18: Opvatting van instellingen over de IGZ

% eens	ZK N=46	VPH N=31	PK N=25	GGZ N=37	TZ N=29	IVB N=33
De IGZ grijpt op tijd in als er sprake is van een disfunctionerende beroepsbeoefenaar.	26%	28%	23%	16%	21%	27%
De IGZ grijpt op de juiste manier in als sprake is van een disfunctionerende beroepsbeoefenaar.	21%	38%	38%	22%	21%	18%
De IGZ dient voldoende klachten in tegen disfunctionerende beroepsbeoefenaren bij de Regionale Tuchtcolleges.	11%	23%	31%	22%	14%	15%
De IGZ moet met een disfunctionerende beroepsbeoefenaar geen afspraken over de beroepsuitoefening maken, maar een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege.	46%	19%	36%	30%	34%	52%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

Tabel 6.19: Opvattingen van leden van de tuchtcolleges over de IGZ

% eens	Tuchtcolleges N=149	Advocaten N=43
De IGZ zou vaker tuchtklachten moeten indienen.	62%	72%
Het toezicht op de tenuitvoerlegging van opgelegde maatregelen dient door de IGZ te worden uitgeoefend.	89%	77%

Bronnen: enquêtes advocaten en leden tuchtcolleges Pro Facto

Tabel 6.20: Opvatting van beroepsbeoefenaren over IGZ

% eens	A N=233	HK N=164	HA N=162	GY N=204	VK N=269	VP N=1259	VPS N=302	TA N=257	GZ N=352
Het is de taak van de IGZ en niet van de patiënt zelf om een klacht bij een tuchtcollege in te dienen.	24%	23%	12%	16%	16%	21%	18%	12%	19%

Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Een groot deel van de zorginstellingen vindt niet dat de IGZ op tijd of op de juiste manier ingrijpt wanneer er sprake is van een disfunctionerende beroepsbeoefenaar. Slechts 16 tot 28% van de instellingen vindt dat er op tijd ingegrepen wordt. Vergelijkbare percentages komen naar voren bij het oordeel over de juiste manier van ingrijpen.

Op de vraag of de IGZ voldoende klachten indient tegen disfunctionerende beroepsbeoefenaren, wordt slechts door weinig zorginstellingen bevestigend geantwoord. Ook 62% van de leden van de tuchtcolleges en 72% van de advocaten vindt dat de IGZ vaker klachten zou moeten indienen. Het toezicht op de tenuitvoerlegging van opgelegde maatregelen vinden tuchtcolleges en advocaten een taak van de IGZ, aldus 89% van de leden van de tuchtcolleges en 77% van de advocaten.

Dat de IGZ in de plaats van patiënten klachten zou moeten indienen, wordt slechts ondersteund door een klein deel van de beroepsbeoefenaren; van de artsengroep, het specialisme heelkundigen en de verpleegkundigen vindt één op de vijf dat dit een taak van de IGZ is. Onder de andere beroepsgroepen is hiervoor minder steun. Bijna de helft van de beroepsbeoefenaren vindt dat de patiënt zelf de klacht in zou moeten dienen.

6.6 Analyse empirie

Een vergelijking met tuchtprocedures in de advocatuur laat zien dat binnen dit tuchtrecht relatief meer tuchtklachten worden ingediend en dat dit aantal de laatste jaren bovendien stijgt. In absolute aantallen is het aantal klachten vergelijkbaar met het aantal tuchtklachten in de gezondheidszorg (tuchtrecht advocatuur 1.400 zaken, tuchtrecht gezondheidszorg 1.572), maar het aantal advocaten is veel kleiner dan het aantal BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren dat onder het tuchtrecht valt. Een vergelijking per 1000 beroepsbeoefenaren/advocaten laat het volgende zien; in 2010 werden vier

klachten per 1000 beroepsbeoefenaren ingediend, bij advocaten gaat het om 77 klachten per 1000 beroepsbeoefenaren.[240]

De vraag is nu hoe we dit verschil moeten interpreteren. Een voor de hand liggende verklaring is dat het tuchtrecht in de zorgsector kennelijk minder toegankelijk is dan het tuchtrecht in de advocatuur. Antwoorden van consumenten en advocaten op de voorgelegde stellingen over de toegankelijkheid van het tuchtrecht in de zorgsector ondersteunen dit. Kanttekening die bij de deze vergelijking gemaakt moet worden is dat de stap voor consumenten die een advocaat in de arm genomen hebben kleiner is, aangezien zij al in een juridische procedure verwikkeld zijn. Dat geldt niet voor patiënten in de gezondheidszorg, die zich vaak in een kwetsbare positie bevinden vanwege hun gezondheid. Bovendien blijkt uit het onderzoek van Nivel dat potentieel vermijdbare, zorggerelateerde schade vaker voorkomt naarmate de leeftijd van de patiënt toeneemt. Bij ouderen is vaak sprake van meerdere aandoeningen en betrokkenheid van meer beroepsbeoefenaren (complexere situaties) waardoor het achterhalen van de oorzaak van eventuele schade, en dus ook het indienen van klachten, lastiger is.

Van de mogelijkheden van het tuchtrecht wordt door beroepsbeoefenaren, instellingen en consumenten weinig gebruik gemaakt in relatie tot het aantal potentieel, vermijdbare, zorggerelateerde schade geconstateerd door het Nivel, het aantal meldingen van calamiteiten bij de IGZ, het aantal gerapporteerde gevallen van vermijdbaar overlijden in ziekenhuizen en het gedocumenteerde aantal meldingen van seksuele intimiteiten in de gezondheidszorg. Bij consumenten kan dit te maken hebben met onbekendheid. Slechts de helft van de consumenten zegt ervan op de hoogte te zijn dat zij een klacht kunnen indienen bij de tuchtcolleges. Als aan hen gevraagd wordt of zij een tuchtklacht zouden indienen ingeval van een geschil met de beroepsbeoefenaar, geeft 38% aan dit te doen. Dit laatste vormt een discrepantie met het werkelijk aantal tuchtklachten dat jaarlijks wordt ingediend; kennelijk is de stap naar het indienen van een tuchtklacht groter. Daarbij kunnen persoonlijke overwegingen een rol spelen, maar ook de toegankelijkheid van het tuchtrecht kan hier van invloed zijn.

Over de toegankelijkheid van de tuchtrechtprocedure bestaan verschillende opvattingen. De opvatting van consumenten verschilt sterk met de opvatting van beroepsbeoefenaren hierover. Onder beroepsbeoefenaren (met name medisch specialisten) bestaat de indruk dat het tuchtrecht voldoende toegankelijk is. Onder verpleegkundigen is dit beeld al iets meer genuanceerd. Als klagers gevraagd wordt naar hun mening over de tuchtprocedure, geven zij aan met voldoende respect te zijn behandeld (84%). Hoewel in het Nivel onderzoek alleen die klagers betrokken zijn van wie de klacht gegrond is verklaard, vindt een deel van de klagers dat de tuchtcolleges niet onpartijdig zijn.

Daar komt bij dat, blijkens de door ons uitgevoerde enquête, een groot aantal consumenten (41%) vindt dat het tuchtcollege de beroepsbeoefenaar de hand boven het hoofd houdt. Wanneer consumenten klachten indienen, blijkt dit echter vooral te gebeuren om te voorkomen dat anderen

240 Cijfers ontleend aan jaarverslagen Hof van Discipline en Raad van Discipline 2009 t/m 2012. In 2010 waren er 16.188 advocaten werkzaam en zijn er 1.251 klachten ingediend.

met een soortgelijke situatie in aanraking zouden komen. Slechts een kwart van de klagers geeft aan van mening te zijn dat dit doel met de tuchtprocedure is bereikt.

Advocaten blijken veelal de mening te verwoorden van de groep cliënten die zij representeren. Van de belangenbehartigers van patiënten vindt 52% dat het tuchtrecht niet voldoende toegankelijk is, terwijl die opvatting slechts bij 7% van de advocaten van beroepsbeoefenaren blijkt te bestaan.

Daarnaast valt op dat beroepsbeoefenaren zelf weinig blijk geven van vertrouwen in het tuchtrecht. Beroepsbeoefenaren wijzen patiënten nauwelijks op de mogelijkheid van het tuchtrecht en slechts een klein deel van de beroepsbeoefenaren neemt kennis van tuchtrechtelijke uitspraken. Ook instellingen dienen weinig tuchtklachten in; wanneer sprake is van een ernstige medische fout, wordt hiertegen vooral intern opgetreden. Dat het tuchtrecht ook als doel heeft het corrigeren van beroepsbeoefenaren is slechts bij ongeveer de helft van de beroepsbeoefenaren bekend. In dit opzicht heeft zelfs een forse verschuiving plaatsgevonden ten opzichte van de eerste evaluatie; in 2002 vond nog 83% tot 90% dat correctie van beroepsbeoefenaren een doel van het tuchtrecht is.

Een verklaring voor het feit dat een substantieel deel van de ondervraagde groepen weinig vertrouwen blijkt te hebben in de toegankelijkheid van het tuchtrecht (en in mindere mate in de onpartijdigheid van de tuchtcolleges) kan gelegen zijn in de zowel door leden van tuchtcolleges als advocaten gesignaleerde veranderde positie van de klager in de tuchtrechtelijke procedure. Beroepsbeoefenaren zijn de laatste jaren als regel voorzien van bijstand door een advocaat, zij kunnen vrij gemakkelijk de opinie van een deskundige inwinnen, terwijl rechtsbijstandverzekeringen van klagers veelal de rechtsbijstand in tuchtzaken niet vergoeden en het voor een klager gecompliceerder is om de opinie van een deskundige in te winnen.

Naast deze negatieve signalen staat een optimistische houding van de leden van de tuchtcolleges en van beroepsbeoefenaren zelf ten aanzien van de tuchtprocedure in zijn algemeen. Leden van de tuchtcolleges vinden dat het systeem van tuchtrechtspraak voldoende waarborgen biedt voor patiënten (73%) en zij zijn nauwelijks van mening dat het medisch jargon tijdens de zitting te moeilijk is (14%). Weinig beroepsbeoefenaren vinden dat het tuchtrecht niet toegankelijk genoeg is (varieert van 7% tot 24%) en zij vinden dat van het tuchtrecht een preventieve werking uitgaat (varieert van 53% tot 82%).

Wel bestaat bij de tuchtcolleges steun voor het doorvoeren van een aantal verbeteringen die in de enquête zijn voorgelegd. Dat geldt met name voor het invoeren van de mogelijkheid om ambtshalve de ingediende klacht te wijzigen of uit te breiden zodat kan worden bereikt dat, in geval de klacht niet tegen de juiste beroepsbeoefenaar is ingediend, de klacht alsnog tegen de juiste beroepsbeoefenaar kan worden behandeld (78%). Ook is er steun voor maatregelen die ertoe leiden dat zo nodig een klacht over een samenwerkingsverband/collectief van beroepsbeoefenaren kan worden behandeld (82%).

6.7 Juridische analyse en voorstellen ter oplossing van gesignaleerde lacunes

6.6.1 Algemeen

Komen de juiste klachten bij het tuchtcollege terecht? Op grond van de feiten kan die vraag moeilijk anders dan ontkennend worden beantwoord. Al vele jaren achtereen is het beeld constant: tweederde van alle klachten wordt in raadkamer afgewezen als ongegrond, niet ontvankelijk verklaard of wordt ingetrokken. Slechts eenderde van alle klachten blijkt van voldoende gewicht om te kunnen leiden tot een mondelinge behandeling ter zitting.

Tabel 6.21: Klachtbehandeling door Regionale Tuchtcolleges 2007-2012

	Totaal aantal afgehandelde klachten	Afgedaan in raadkamer	Afgedaan na zitting
2007	1293	863 (67%)	430 (33%)
2008	1347	877 (65%)	470 (35%)
2009	1309	854 (65%)	455 (35%)
2010	1493	973 (65%)	520 (35%)
2011	1590	1050 (66%)	540 (34%)
2012	1625	1080 (66%)	545 (34%)

Bron: Jaarverslagen Tuchtcolleges Gezondheidszorg

Deze cijfers geven ernstig te denken. Veel klagers zijn met hun ongenoegen over de gang van zaken in de relatie met een hulpverlener bij het tuchtcollege in feite aan het verkeerde adres. De klacht is in die gevallen inhoudelijk zo licht, te weinig gefundeerd of voldoet niet aan basale vereisten dat die, naar het oordeel van het tuchtcollege, niet tot een mondelinge behandeling kan leiden en wordt afgedaan in raadkamer (buiten aanwezigheid van partijen). Dat leidt tot frustratie bij een jaarlijks groeiend legertje van honderden teleurgestelde klagers en betekent een risico van ondermijning van het vertrouwen in de tuchtrechtspraak. Dat is betreurenswaardig gezien de inspanningen die de tuchtcolleges in de periode sedert de vorige evaluatie (2002) leverden om de beeldvorming over de tuchtrechtspraak te verbeteren en daarmee ook het vertrouwen in dit instrument. Dat is o.a. gedaan door de uitspraken via internet toegankelijk te maken, uitvoeriger (gezamenlijke) jaarverslagen op te stellen, de zittingen steeds vaker vooraf te laten gaan door een publiekssamenvatting van de kern van de te behandelen klachten en, incidenteel, een nadere toelichting in de media te geven.

Zonder af te doen aan het feit dat de tuchtcolleges ook veel zware zaken behandelen, moet tegelijkertijd worden geconstateerd dat dit een minderheid vormt van de behandelde klachten

Het Openbaar Ministerie heeft in het kader van deze evaluatie de vraag gesteld hoe het betrekkelijk lage aantal klachten per jaar te verenigen is met het in (herhaalde) onderzoeken gebleken getal van

ca. 2000 gevallen per jaar van vermijdbaar overlijden in ziekenhuizen.[241] Zelfs wanneer er vanuit wordt gegaan dat het daarbij lang niet altijd om verwijtbaar medisch handelen gaat, worden maar weinig van deze gevallen aan de tuchtrechter ter beoordeling voorgelegd. Een vergelijkbare vraag heeft het Openbaar Ministerie gesteld over het groeiend aantal calamiteiten dat op grond van artikel 4a Kwaliteitswet Zorginstellingen (Kwz) aan de IGZ wordt gemeld, terwijl die toename nauwelijks tot uitdrukking komt in het aantal klachten van de IGZ bij de tuchtcolleges. Sorgdrager heeft in haar onderzoek naar de afhandeling van meldingen door de IGZ het volgende verloop over drie jaren van het aantal meldingen gepubliceerd:

Tabel 6.22: Aantal meldingen door zorginstellingen aan de IGZ op basis van incidenttoezicht[242]

Jaartal	Aantal
2005	4468
2008	5755
2011	± 8500

Bron: Sorgdrager 2012

Ook in ander opzicht dreigt het vertrouwen in de tuchtrechtspraak te worden aangetast. Het grote aantal in raadkamer afgewezen klachten beïnvloedt in belangrijke mate het percentage gegrond verklaarde klachten. Dat is in de afgelopen jaren geleidelijk gedaald tot ca. 14% van alle klachten. Hiervan kan een verkeerde indruk uitgaan en bevestigt de onder patiënten/consumenten sterk verbreide opvatting dat het tuchtcollege de beroepsbeoefenaar de hand boven het hoofd houdt. Dit lage percentage gegrond verklaarde klachten wordt echter sterk beïnvloed door het hoge aantal klachten dat in raadkamer wordt afgedaan. Wanneer alleen het aantal ter zitting behandelde klachten in de beschouwing wordt betrokken blijkt het percentage gegrond verklaarde klachten in de periode 2007-2013 jaarlijks steeds ruim 40% te bedragen, zoals uit onderstaand overzicht blijkt. Het draagt bij aan een meer realistische beeldvorming over de tuchtrechtspraak indien meer tuchtklachten geschikt blijken te zijn voor een mondelinge behandeling ter zitting.

Tabel 6.23: Klachtenbehandeling ter zitting door Regionale Tuchtcolleges 2007-2102

	Klachten behandeld ter zitting	Gegrond verklaard na behandeling ter zitting (%)
2007	430	184 (43%)
2008	470	196 (42%)
2009	455	179 (39%)
2010	520	249 (48%)
2011	540	250 (46%)
2012	545	231 (42%)

Bron: jaarverslagen tuchtcolleges

241 Langelaan e.a. 2010.

242 Sorgdrager 2012.

Wij menen dat fundamentele maatregelen geboden zijn om te zorgen dat het tuchtrecht zijn kerntaken – effectief repressief optreden en bijdragen aan de normontwikkeling – beter kan vervullen. Zonder die maatregelen dreigt het tuchtrecht zichzelf te overleven. Om dat te voorkomen is vereist dat de tuchtcolleges aanvullende instrumenten ter beschikking krijgen om de relatief lichte klachten op andere wijze af te wikkelen dan de wet thans mogelijk maakt. Daarnaast zijn maatregelen nodig om te bevorderen dat, meer dan thans het geval is, relatief zwaardere zaken bij de tuchtcolleges aanhangig worden gemaakt. Voor het onderscheid tussen lichte en zwaardere zaken kan worden aangesloten bij artikel 4a Kwz. Indien uit de inhoud van de klacht blijkt dat sprake is van een (mogelijke) calamiteit in de zin van die bepaling, kan in ieder geval niet worden gesproken van een lichte klacht.

Wij stellen voor de volgende instrumenten in de wet BIG op te nemen:

ter bevordering van modaliteiten ter afdoening, w.o. het verwijzen van lichte zaken

A de mogelijkheid van verwijzing naar (andere) klachteninstanties;
B het zo nodig betrekken van klachteninstanties bij de beoordeling;
C de mogelijkheid tot wijziging en uitbreiding van de klacht;
D mogelijkheid van eenvoudige afdoening middels een voorzittersbeslissing.

Daarnaast is het nodig om te stimuleren dat juist de relatief zwaardere zaken wel aan het tuchtcollege worden voorgelegd. Ook in dat opzicht menen wij dat het nodig is meer (wettelijke) instrumenten in het leven te roepen of bestaand instrumentarium te verfijnen,

ter bevordering dat zwaardere zaken aanhangig worden gemaakt:

E ondersteuning van klager bij tuchtprocedure;
F mogelijkheid van kostenvergoeding voor klager;
G vergroting rol IGZ als klager in tuchtzaken t.a.v.:
- indienen van klachten;
- overnemen van klachten;
- gebruik bevoegdheid hoger beroep in te stellen.

6.7.2 Meer modaliteiten ter afdoening, waaronder verwijzing van lichte zaken

Hieronder worden de instrumenten besproken die het mogelijk maken voor de tuchtcolleges om relatief lichte zaken op andere wijze af te wikkelen en de mogelijkheid tot wijziging en uitbreiding van de klacht.

A De mogelijkheid van verwijzing naar klachteninstanties

De tuchtrechter heeft op grond van artikel 47 Wet BIG als beoordelingsnorm de kwaliteit en integriteit van de beroepsuitoefening. De tuchtrechtelijke weg is daarom niet voor alle klachten het meest geschikte instrument. Voor bejegeningsklachten is de procedure zoals die bestaat in het klachtrecht een meer effectieve procedure. Dit type klachten kan in de praktijk vrij snel en met

betrekkelijk weinig kosten worden afgewikkeld en daarvoor is de relatief kostbare en in de praktijk langdurige tuchtrechtelijke procedure niet nodig. Bovendien geeft het hoge percentage afgewezen klachten ten onrechte mede aanleiding tot de beeldvorming dat tuchtcolleges de beroepsbeoefenaar in bescherming nemen. Onder de huidige wet heeft het tuchtcollege geen mogelijkheid om een klacht die daarvoor in aanmerking komt allereerst te verwijzen naar de klachteninstantie waarbij de beroepsbeoefenaar of zijn werkgever is aangesloten. Naar de mening van de onderzoekers is het dringend gewenst dat het tuchtcollege over een dergelijke bevoegdheid kan beschikken. Die verwijzingsmogelijkheid doet recht aan het feit dat het tuchtrecht en het klachtrecht een sterke onderlinge relatie hebben en met elkaar verbonden dienen te zijn. Zonder die wettelijke bevoegdheid is bovendien de tuchtrechter gedwongen om de klacht af te wijzen als (kennelijk) ongegrond. De vraag is of de tuchtrechter daaraan de suggestie kan toevoegen om de klacht elders aanhangig te maken, nog afgezien van de patiëntonvriendelijke indruk die dit maakt. Voorts wordt met de voorgestelde bevoegdheid bevorderd dat klachten en geschillen op een zo laagdrempelige en efficiënt mogelijke wijze tot een oplossing worden gebracht. De verwijzing van een klacht naar een klachteninstantie waarbij de beklaagde of diens werkgever is aangesloten, bevordert ook de zelfreinigende werking binnen de organisatie waarbinnen betrokkene werkzaam is, respectievelijk binnen de beroepsgroep waarvan hij deel uitmaakt.[243] Indien de bij de Tweede Kamer aanhangige Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in werking treedt wordt onder klachteninstantie begrepen het onderzoek door de zorgaanbieder naar aanleiding van de klacht (artikel 17) en de beslechting van een eventueel geschil daarover door een geschilleninstantie (artikel 19).[244]

Verder draagt de introductie van deze mogelijkheid tot verwijzing er aan bij dat voor de burger wordt verduidelijkt dat het tuchtrecht geen klagersrecht is, zoals nogal eens wordt verondersteld. Het tuchtrecht dient immers niet in de eerste plaats ter behartiging van de persoonlijke belangen van de klager, maar is primair erop gericht om de beroepsstandaard en de binnen de beroepsgroep geldende normen en gedragsregels te handhaven. Het feit dat het tuchtrecht niet in de eerste plaats ervoor dient om de persoonlijke belangen van de klager te waarborgen, neemt overigens niet weg dat de klager in een tuchtrechtelijke procedure mede zijn persoonlijk belang behartigt en begrijpelijkerwijs een zekere genoegdoening ervaart indien aan de beroepsbeoefenaar een tuchtrechtelijke maatregel wordt opgelegd. In de klachtenprocedure staat daarentegen veeleer het persoonlijk belang van de klager op de voorgrond.

B Het zo nodig betrekken van klachteninstanties bij de beoordeling

In de praktijk blijkt dat veel klachten vrij snel en eenvoudig buiten de tuchtrechter om kunnen worden behandeld. Mede daarom moet worden voorkomen dat tuchtcolleges onnodig worden belast met klachten die sneller, en dus beter, elders kunnen worden behandeld. Daartoe worden, naast de al genoemde mogelijkheid tot verwijzing, de volgende maatregelen voorgesteld.

---

243 Dit effect gaat verloren indien de suggestie van De Die wordt gevolg om voor een pakket nader door haar omschreven lichte klachten het tuchtcollege ten principale onbevoegd te verklaren. Deze oplossing is patiënt-onvriendelijk. De Die 2008, p. 171.

244 *Kamerstukken II* 2012/13, 32 402, nr. 37 (vierde nota van wijziging).

Allereerst dient in het klaagschrift te worden vermeld of de klacht reeds is voorgelegd aan de beklaagde of de organisatie waarbinnen de beklaagde werkzaam is of, aan een klachteninstantie waarbij de beklaagde of diens organisatie is aangesloten. Indien dit niet het geval is, dient - zo mogelijk - de reden daarvoor in het klaagschrift te worden vermeld. Indien de klacht wel is voorgelegd aan een klachteninstantie, dient in het klaagschrift de uitkomst van die procedure te worden vermeld, zo mogelijk met bijvoeging van de daarop betrekking hebbende stukken.

Indien blijkt dat een klacht niet eerst is voorgelegd aan een dergelijke klachteninstantie dient de voorzitter van het tuchtcollege de bevoegdheid te hebben om te besluiten de klacht alsnog in handen te stellen van die klachteninstantie. Van de beroepsorganisatie waarbij de beklaagde, respectievelijk zijn werkgever, is aangesloten, kan de tuchtrechter in voorkomend geval informatie vragen welke de bevoegde klachteninstantie is. Hiermee wordt aansluiting gezocht bij de werkwijze die bij andere vormen van tuchtrecht reeds bestaat.

Het gaat hier om een discretionaire bevoegdheid van de voorzitter. Het is niet de bedoeling om alle klachten te verwijzen naar de klachteninstantie. In geval van klachten die zich naar hun aard niet lenen voor behandeling door een andere klachteninstantie – bijvoorbeeld vanwege de ernst van de klacht, blijkend uit ernstig letsel of overlijden van de patiënt of vanwege het spoedeisend karakter – kan de voorzitter ervoor kiezen de zaak te laten afhandelen door het tuchtcollege. Indien de voorzitter van het tuchtcollege besluit dat de klacht eerst dient te worden behandeld door de betreffende klachteninstantie, draagt hij er tevens zorg voor dat de op de zaak betrekking hebbende stukken in handen komen van die instantie en stelt hij klager en de beklaagde daarvan op de hoogte.

Het voorgaande moet er niet toe leiden dat de klager het recht wordt ontnomen de klacht voor te leggen aan het tuchtcollege. Daarom dient duidelijk te zijn dat na de behandeling door de klachteninstantie de klager in beginsel bevoegd is het tuchtcollege te verzoeken de klacht alsnog in behandeling te nemen. Het is alleszins redelijk om hieraan voorwaarden te verbinden zodat de betreffende hulpverlener niet zonder goede reden twee maal in een procedure wordt betrokken. Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat het ne bis in idem-beginsel er niet aan in de weg staat dat na behandeling van de klacht door de klachteninstantie de klacht alsnog wordt voorgelegd aan de tuchtrechter. Er is immers nog geen tuchtrechtelijke eindbeslissing genomen ten aanzien van de beklaagde hulpverlener.

C De mogelijkheid tot wijziging en uitbreiding van de klacht

Ofschoon de klager niet centraal staat in de tuchtrechtelijke procedure, is hij wel degene die door het indienen van een klacht die procedure op gang moet brengen. Het blijkt in de praktijk niet eenvoudig voor een klager om de klacht op de juiste wijze te omschrijven en zelfs komt het voor dat de klager onvoldoende informatie heeft om zijn klacht tegen de juiste beroepsbeoefenaar in te dienen. Dit laatste doet zich met name voor indien meerdere beroepsbeoefenaren in een gecompliceerde setting bij de behandeling of het onderzoek betrokken zijn geweest en de klager niet of moeilijk kan vaststellen aan wie de veronderstelde cruciale tekortkomingen kunnen worden toegeschreven. Dit leidt meer dan eens tot het onbevredigende gevolg dat het tuchtcollege een klacht moet afwijzen omdat die ontoereikend is geformuleerd, danwel tegen de verkeerde beroepsbeoefenaar aanhangig is

gemaakt (zie hierover ook paragraaf 6.4.3). Ook is het onbevredigend dat alleen aan de beroepsbeoefenaar tegen wie de klacht is ingediend een maatregel wordt opgelegd, terwijl duidelijk is dat andere hulpverleners eveneens een belangrijke rol speelden in de toedracht die tot de klacht leidde maar tegen wie geen klacht aanhangig is gemaakt en die daarom vrijuit gaan. Een voorbeeld daarvan biedt de beslissing van het Centraal Tuchtcollege van 4 maart 2004.[245] In deze beslissing overwoog het Centraal Tuchtcollege onder andere het volgende:

> ”*Wanneer een maatschap van artsen, zoals het geval is binnen de maatschap waarvan de gynaecologen A en C deel uitmaken, de praktijkvoering inricht op de wijze waarbij niet één arts als (hoofd)behandelaar de verantwoordelijkheid draagt voor het beleid ten aanzien van een patiënt, maar de verantwoordelijkheid voor een patiënt in feite collectief wordt gedragen middels het van dag tot dag wisselend zien en de gezamenlijke ochtendbespreking, is iedere arts binnen die maatschap in beginsel verantwoordelijk voor de wijze van praktijkvoering en daarmee voor het ten aanzien van een patiënte, in dit geval klaagster, gevoerde beleid.*”

Toch werd alleen aan de gynaecoloog tegen wie de klacht was ingediend een waarschuwing opgelegd. Deze onevenwichtigheid komt ook tot uitdrukking in de volgende beslissing van het Centraal Tuchtcollege waarin naar aanleiding een klacht over een chirurg het volgende is overwogen:

> “*Wat betreft de op te leggen maatregel overweegt het College dat een onzuiver element in deze* klachtprocedure *is geïntroduceerd in die zin dat het medisch handelen van slechts één van de behandelaars door klager ter toetsing aan het College is voorgelegd. Het effect daarvan is weer geweest dat de schijnwerper exclusief is gericht op de cardiopulmonaal chirurg, terwijl evenzeer vraagtekens moeten worden gezet bij het handelen van andere artsen en hun optreden van wezenlijk belang blijkt te zijn geweest in de causaliteitsketen die leidde tot de fatale afloop.*”[246]

Om de beschreven effecten van onevenwichtigheid weg te nemen bepleiten wij de introductie van de bevoegdheid van het tuchtcollege om de omvang van de klacht te wijzigen of uit te breiden. De wens hiertoe kan bij de klager opkomen op basis van de gewisselde schriftelijke stukken of op basis van het mondeling vooronderzoek. Daarbij kan immers blijken dat de klacht betrekking heeft op meer of andere feiten of op meer individuele beroepsbeoefenaren dan zijn opgenomen in het klaagschrift. Voorbeelden daarvan zijn de zojuist genoemde twee casus waarin blijkt dat naast de aangeklaagde beroepsbeoefenaar ook een of meer andere leden van het samenwerkingsverband (in casu een maatschap) een aandeel hebben gehad in de gebeurtenis waarop de klacht is gericht. Verder zou in onze visie het tuchtcollege ambtshalve over de bevoegdheid moeten kunnen beschikken om de omvang van de klacht te wijzigen, ook als dat een beperking tot bepaalde feiten of bepaalde beroepsbeoefenaren inhoudt. Ook binnen de tuchtcolleges bestaat steun voor de introductie van deze

245 Centraal Tuchtcollege 4 maart 2004, *TvGR* 2004-30, p. 314 e.v. Eveneens *Stcrt.* 2004, 56.

246 Bulstra, Wiggers & Hubben 2008.

bevoegdheid[247] (zie hierover ook paragraaf 6.4.3). Wij stellen ons voor de problematiek van artikel 6 Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) met betrekking tot de (schijn van) partijdigheid bij de beoordeling van een klacht die mede door het tuchtcollege zelf is geformuleerd[248], aldus op te lossen, dat deze bevoegdheid toekomt aan de vooronderzoeker vanuit het tuchtcollege. Deze vooronderzoeker heeft de beperkte taak op basis van de feiten gebleken in het vooronderzoek de klacht met de nodige terughoudendheid toch zo te interpreteren, dat deze het beoogde doel kan treffen, zonder een geheel nieuwe klacht te formuleren. De vooronderzoeker neemt vervolgens geen deel aan de beoordeling van de klacht ten gronde door het tuchtcollege.[249]

Het gaat naar onze mening te ver om deze bevoegdheid tot wijziging zodanig uit te breiden dat andere, door de klager niet aangeklaagde hulpverleners die tijdens de procedure naar voren komen als mogelijk bij de zaak betrokken partij, ambtshalve door het tuchtcollege "*in staat van beschuldiging*" kunnen worden gesteld. Dat staat op gespannen voet met de taak van het tuchtcollege als rechterlijke en onpartijdige instantie.[250] In het geval de uitbreiding van de klacht tot gevolg heeft dat die zich zou moeten richten op een of meer andere beroepsbeoefenaren dan kan tegen hen alsnog een afzonderlijke klacht aanhangig worden gemaakt. Indien tijdens het geding blijkt dat de inhoud van de klacht betrekking heeft op een geheel andere beroepsbeoefenaar dan vermeld in de klacht, dan ligt het voor de hand dat de eerdere klacht wordt ingetrokken en vervolgens een nieuwe klacht aanhangig wordt gemaakt tegen de beroepsbeoefenaar die het betreft.

Vanzelfsprekend dienen voldoende processuele waarborgen te worden aangebracht zodat de beroepsbeoefenaar die het aangaat zich voldoende kan verweren tegen de (gewijzigde) klacht. Alle bepalingen inzake de schriftelijke voorbereiding van de behandeling van de klacht dienen dan ook van overeenkomstige toepassing te zijn. De mogelijkheid tot wijziging van de omvang van de klacht zou naar onze mening dienen te bestaan tot aan de behandeling van de klacht ter zitting. Vanzelfsprekend behoort degene die het betreft in de gelegenheid te worden gesteld om te worden gehoord, alvorens wijziging van de omvang van de klacht plaatsvindt.

In verband met de voorgestelde introductie van de bevoegdheid van het tuchtcollege om de omvang van de klacht te wijzigen is het verder gewenst dat de vooronderzoeker van het tuchtcollege de klager, de beklaagde, de IGZ en anderen kan verzoeken om binnen een bepaalde termijn inlichtingen te geven en onder hen berustende stukken in te zenden. Dit voorstel is ontleend aan de Awb (artikel 8: 45) en vormt een aanvulling op de reeds in artikel 66 zesde lid Wet BIG opgenomen bevoegdheid van het tuchtcollege om de vooronderzoeker op te dragen een aanvullend onderzoek in te stellen. Een

---

247 De voorzitter van het Centraal Tuchtcollege, Mr. A.H. A. Scholten, heeft deze bevoegdheid tot wijziging van de klacht bepleit in een uitzending van het tv-programma Brandpunt, 26 april 2013.

248 Zie o.a. Rube 2013, m.n. p. 251. Haar suggestie om de onderzoeker los te maken van het tuchtcollege en de positie te geven van 'onafhankelijk openbare aanklager' strookt niet met ons idee om de vooronderzoeker de beperktere taak te geven de klacht interpreterend zonodig uit te breiden of te wijzigen, maar dit laatste niet met het doel op basis van eigen onderzoek zelfstandig klachten te formuleren.

249 Enigszins vergelijkbaar in dit opzicht met de rechter-commissaris in strafzaken.

250 In die zin ook Holtrop 2009.

verzoek om informatie aan de IGZ kan ertoe leiden dat de IGZ de klacht overneemt. Indien de klager of de beklaagde niet aan het verzoek om informatie voldoet, kan de tuchtrechter daaruit de gevolgtrekkingen maken die hem geraden voorkomen. Een dergelijk verzoek om informatie kan ook aan de orde zijn indien het gaat om een onbekende aangeklaagde (bijvoorbeeld klacht tegen arts van huisartsenpost, terwijl de klager diens naam niet heeft weten te achterhalen) en het aannemelijk is dat de klager zelf heeft getracht die identiteit te achterhalen en hem die informatie is onthouden. Voor wat betreft de mogelijkheid om aan anderen inlichtingen te verzoeken, kan het bijvoorbeeld gaan om een verzoek om informatie aan de maatschap waarvan de betrokken arts deel uitmaakt. Ook is denkbaar een verzoek om informatie aan de beroepsorganisatie waarbij de betrokkene is aangesloten. Alleen de klager en de beklaagde zijn verplicht om gevolg te geven aan de verzoeken van het college. Voor anderen bestaat geen verplichting om aan zo'n verzoek gevolg te geven. Wel zou het college bij het niet voldoen aan een dergelijk verzoek kunnen besluiten om de betrokkene(n) als getuige op te roepen.

In dit verband is het van belang dat de rol van het vooronderzoek opnieuw wordt gepositioneerd. In de praktijk van de Regionale Tuchtcolleges was dit vooronderzoek tot voor kort met een grote mate van vrijblijvendheid omgeven. Dat werd bevorderd door het feit dat het reglement van de Regionale Tuchtcolleges zelfs bepaalde dat het partijen vrijstond al dan niet van de mogelijkheid van het vooronderzoek gebruik te maken. Mede daardoor is het vooronderzoek niet tot de ontwikkeling gekomen die de wetgever beoogde. Die vrijblijvendheid is al tot op zekere hoogte ingeperkt door het op 15 juni 2013 in werking getreden reglement van de Regionale Tuchtcolleges voor de gezondheidszorg, gepubliceerd op de website van de tuchtcolleges. Daarin is bepaald dat de vooronderzoeker de dag en tijdstip van het mondeling vooronderzoek bepaalt (artikel 7). Dit betekent dat als regel een vooronderzoek plaatsvindt. Weliswaar zijn partijen daarmee nog niet verplicht te verschijnen maar de vooronderzoeker, respectievelijk het tuchtcollege, zou de bevoegdheid moeten krijgen aan niet-verschijnen gevolgen te verbinden die hem geraden voorkomen. Daarmee biedt deze nieuwe regeling naast het beproeven van een mogelijkheid tot schikking, in een vroeg stadium de gelegenheid om na te gaan of de klacht bij voorkeur kan worden behandeld door de klachteninstantie waarbij de beroepsbeoefenaar, respectievelijk diens werkgever, is aangesloten.

D Mogelijkheid van eenvoudige afdoening middels een Voorzittersbeslissing

Verder is het van belang dat de voorzitter van het tuchtcollege de mogelijkheid krijgt om klachten waarvan aanstonds duidelijk is dat die eenvoudig kunnen worden afgehandeld, af te doen bij voorzittersbeslissing. Zo kan worden voorkomen dat zaken die snel kunnen worden afgedaan een betrekkelijk groot beslag leggen op de capaciteit van het tuchtcollege. Het is immers dan niet nodig dat de klacht door een voltallig college wordt afgedaan. Wel moet in dat geval de voorzitter zowel de klager als de beklaagde in de gelegenheid stellen te worden gehoord. In de visie van de onderzoekers dient de voorzitter tot aan de behandeling van de klacht ter zitting in ieder fase van het geding te kunnen besluiten de zaak met een voorzittersbeslissing af te doen. Zo kan het zijn dat de voorzitter reeds bij kennisneming van de klacht besluit deze direct af te doen, maar het is ook denkbaar dat de voorzitter gedurende of na de schriftelijke voorbereiding, of als gevolg van de uitkomst van het vooronderzoek, tot de conclusie komt dat de zaak middels een voorzittersbeslissing kan worden afgedaan. Vanwege het belang om een snelle afhandeling van relatief eenvoudige klachten te

bevorderen, wordt voorgesteld om tegen een dergelijke voorzittersbeslissing niet de mogelijkheid van beroep open te stellen, maar alleen het rechtsmiddel van verzet van toepassing te verklaren. Dit verzet wordt behandeld door het tuchtcollege, in een samenstelling waarvan degene die de beslissing heeft genomen waartegen het bezwaar is gericht, geen deel uitmaakt. Indien het verzet gegrond wordt verklaard, wordt de behandeling van de zaak voortgezet. Indien het verzet niet tijdig is ingediend, wordt afgewezen of niet-ontvankelijk verklaard, dan is de klacht daarmee definitief afgedaan. Tegen de beslissing op verzet wordt in onze visie geen rechtsmiddel opengesteld. Om redenen van proceseconomie verdient het aanbeveling om in geval het tuchtcollege het verzet gegrond verklaart en verder onderzoek of verdere behandeling niet nodig wordt geacht, de mogelijkheid te openen om direct uitspraak te doen op de klacht. Daardoor kan een behandeling van de zaak ter zitting achterwege blijven.

6.7.3 Indienen zwaardere klachten stimuleren

Daarnaast is het nodig om te stimuleren dat meer relatief zwaardere zaken wel aan het tuchtcollege worden voorgelegd. Zoals opgemerkt in paragraaf 6.7.2. kan voor het onderscheid tussen zwaardere en lichte klachten worden aangesloten bij de omschrijving van calamiteit in artikel 4a Kwz. Wij menen dat het nodig is meer (wettelijke) instrumenten in het leven te roepen en bestaand instrumentarium te verfijnen door:

- E ondersteuning van klager bij tuchtprocedure;
- F de mogelijkheid van kostenvergoeding voor klager;
- G vergroting rol IGZ als klager in tuchtzaken (indienen van klachten; overnemen van de klacht; gebruik beroepsmogelijkheid).

E Ondersteuning van klager bij tuchtprocedure

Voor het indienen van een klacht ligt het primaat nu bij de patiënt, respectievelijk diens nabestaande(n). Voor hen is het vaak moeilijk om de medische problematiek die zich heeft voorgedaan voldoende te doorgronden om een eventuele klacht goed te kunnen funderen. Ook de tuchtcolleges hebben erop gewezen dat hiermee een te grote verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg wordt gelegd bij de individuele patiënt. Zo valt in het jaarverslag over 2006 van de tuchtcolleges te lezen:

> “*Het is jammer dat het aldus aan het betrekkelijk willekeurige mechanisme van de individuele klager, die geen* vrede *kan vinden in de wijze waarop zorg is verleend, wordt overgelaten of het (Centraal) Tuchtcollege als voornaam instrument van kwaliteitsbewaking in de Gezondheidszorg wordt ingeschakeld*”.[251]

Daar komt bij dat medische behandeling steeds meer in samenwerkingsverbanden plaatsvindt waardoor de patiënt voor de vraag wordt gesteld wie van de betrokken beroepsbeoefenaren in

251 Jaarverslag 2006, Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg, p. 21.

tuchtrechtelijke zin dient te worden aangesproken. De patiënt staat bij een gecompliceerde medische behandeling in dit opzicht nogal eens voor een moeilijke opgave. Dat leidt er vermoedelijk met enige regelmaat toe dat patiënten of nabestaanden het erbij laten zitten en afzien van een eventuele klachtprocedure bij het tuchtcollege. Dat is niet in het belang van de kwaliteit van zorg die het tuchtrecht beoogt te bevorderen. In dat opzicht valt niet goed te verdedigen dat juist de ernstige calamiteiten die zich in de gezondheidszorg voordoen in veel gevallen niet aan de tuchtechter ter beoordeling worden voorgelegd. Zo dreigt het tuchtrecht zijn doel voorbij te schieten. Als oplossing zou overwogen kunnen worden dat de secretaris van het tuchtcollege de klager ondersteunt bij de opstelling van de klacht. Dit is echter geen goed begaanbare weg omdat een dergelijke vorm van ondersteuning de onpartijdigheid van het betreffende tuchtcollege gemakkelijk in het geding kan brengen. Dat argument is ook door de tuchtcolleges naar voren gebracht in het kader van deze evaluatie. Daarom achten wij het een goede gedachte om de patiënt die een klacht overweegt in te dienen daarbij ondersteuning te bieden in een vorm die los staat van de tuchtcolleges. De minister van Volksgezondheid heeft in 2013 in dit verband het voornemen kenbaar gemaakt om een "*kwalitatief hoogwaardig zorgloket*" in te richten "*dat materieel een zorgombudsfunctie vervult*" voor patiënten.[252] Dit zorgloket, dat wordt gepositioneerd "*in een zelfstandige unit die verbonden is met het werkproces van de IGZ*" helpt de burger "*om antwoord op zijn klacht te krijgen*."

Wij achten het voorgestelde zorgloket een zeer nuttige vorm van ondersteuning van personen die een tuchtklacht overwegen, mits bij dit loket ook deskundigen op medisch gebied beschikbaar zijn. Juist op medisch gebied blijkt de kennis van klagers vaak tekort te schieten. Overigens kan die deskundige informatie er ook toe leiden dat het voorval waarop de klacht zich richt zodanig wordt opgehelderd dat de betrokkene afziet van het indienen van een klacht bij het tuchtcollege.

F Mogelijkheid van kostenvergoeding voor klager

In het voorafgaande is aan de orde gekomen dat relatief veel lichte klachten bij het tuchtcollege worden ingediend die in wezen thuis horen in de klachtenprocedure omdat zij in hoofdzaak betrekking hebben op bejegeningsaspecten. Daarnaast moet worden geconstateerd dat relatief weinig zware zaken bij het tuchtcollege aanhangig worden gemaakt. Zo valt op dat in de ernstige medische incidenten die in de afgelopen jaren tot ruime publicitaire en politieke aandacht hebben geleid, lang niet altijd een tuchtprocedure aanhangig is gemaakt. Eén van de belemmeringen die hierbij een rol spelen is dat de klager, zeker bij een medisch gecompliceerde aangelegenheid, nogal eens aanzienlijke kosten moeten maken in verband met de indiening en behandeling van de klacht. Alleen al met de opzet van een deugdelijk klaagschrift kunnen aanzienlijke kosten gepaard gaan. Het is zeer wel denkbaar dat klagers afzien van het indienen van een klacht als gevolg van de kosten die gemoeid zijn met het aanhangig maken daarvan. Het gaat daarbij met name om de kosten van rechtsbijstand en het eventueel inschakelen van een deskundige. Daarom bepleiten wij om in het tuchtrecht te voorzien in de mogelijkheid voor het tuchtcollege om, in geval van een geheel of gedeeltelijke gegrondverklaring van de klacht, de beklaagde te veroordelen in de kosten die de klager redelijkerwijs heeft moeten maken in verband met de behandeling van de klacht. Gezien deze criteria

252 *Kamerstukken II* 2012/13, 33 149, nr. 17, m.n. par. 2.1 (kabinetsreactie onderzoeksrapporten IGZ, 15 februari 2013).

hoeft niet te worden gevreesd dat van deze mogelijkheid tot kostenvergoeding een aanzuigende werking op het aantal klachten uitgaat. Overigens is er geen reden voor een dergelijke kostenveroordeling in geval de klacht aanhangig is gemaakt door personen of instanties tot wier taak het mag worden gerekend om klachten aanhangig te maken. Met name moet hierbij worden gedacht aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de betrokken zorgverzekeraar of de instelling waarin de betrokken beroepsbeoefenaar werkzaam is.

Wij zien echter onvoldoende reden om ook de mogelijkheid te openen van een dergelijke kostenveroordeling ten laste van de klager. Voor de beroepsbeoefenaar behoort een klacht tot het beroepsrisico waartegen hij zich kan verzekeren. Wel herhalen wij het pleidooi uit de vorige evaluatie (2002) van de wet BIG om voor gevallen waarin een beroepsbeoefenaar uitzonderlijke kosten heeft moeten maken voor zijn verdediging en in het gelijk wordt gesteld, te herintroduceren de onder de Medische Tuchtwet bestaande mogelijkheid van een vergoeding ten laste van 's-Rijks Kas. Een voorbeeld waarin onder de Medische Tuchtwet een dergelijke vergoeding is toegekend betrof het geval van een arts die ter onderbouwing van zijn verweer tegen een klacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over zijn prescriptiebeleid een (kostbaar) universitair onderzoek had laten uitvoeren naar de werkzaamheid van het betreffende geneesmiddel. De uitkomst van dit onderzoek leidde in belangrijke mate tot de ongegrondverklaring van de klacht in hoger beroep.[253]

G Vergroting rol IGZ als klager in tuchtzaken (indienen van klachten; overnemen van klachten; gebruik bevoegdheid hoger beroep in te stellen)

Om te bevorderen dat de juiste klachten bij de tuchtcolleges aanhangig worden gemaakt, menen wij dat het nodig is de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het tuchtrecht in een aantal opzichten te vergroten: bij het indienen van klachten, het overnemen van klachten en het gebruik van de wettelijke bevoegdheid om hoger beroep in te stellen.

253 Zie Centraal Medisch Tuchtcollege, 11 april 1996, *MC* 1997, 52, p. 1016-1018. Zie ook *Kamerstukken II* 1992/93, 19 522, nr. 103d, p. 5.

De IGZ als klager

Onderstaand overzicht geeft een beeld over de periode 2003-2013 van het gebruik door de IGZ van de wettelijke bevoegdheid om als toezichthouder een klacht aanhangig te maken bij de tuchtrechter.

Tabel 6.24: aantal tuchtklachten gerelateerd aan aantal klachten ingediend door IGZ, per jaar

	Totaal aantal klachten	Aantal klachten door IGZ ingediend
2003	1138	0
2004	1284	14
2005	1311	2
2006	1319	1
2007	1441	1
2008	1368	6
2009	1496	18
2010	1524	12
2011	1676	13
2012	1572	38
Totaal		105

Bron: Jaarverslagen tuchtcolleges

Het gebruik door de IGZ van de wettelijke bevoegdheid om een tuchtklacht aanhangig te maken vertoont in de periode waarop de evaluatie zich richt, een grillig verloop. Er zijn jaren waarin geen of nauwelijks een klacht is ingediend, afgewisseld met jaren waarin sprake is van een duidelijke toename. 2012 is het jaar met de meeste klachten van de IGZ.[254]

Een totaal van 105 klachten in een periode van 10 jaar kan niet anders dan als laag worden gekwalificeerd. Daarbij past de kanttekening dat van de klachten die de IGZ aanhangig maakt een hoog percentage uitmondt in een gegrondverklaring. De sterke fluctuatie in het aantal klachten per jaar wijst er op dat in de onderzoeksperiode geen consistent beleid heeft bestaan voor het gebruik van deze klachtbevoegdheid, ondanks het feit dat in de evaluatie van 2002 al de noodzaak is gesignaleerd van "*nadere verduidelijking van de taak en verantwoordelijkheid van de IGZ als klager in tuchtzaken*".[255]

Wel is duidelijk dat de IGZ zich bij het indienen van klachten bij tuchtcolleges sterk richt op seksueel grensoverschrijdend gedrag. In februari 2013 heeft de minister van VWS, naar aanleiding van berichten in de media over een groot aantal gevallen van seksueel misbruik in de gezondheidszorg

254 Sorgdrager 2012. Sorgdrager vermeldt in haar rapport onjuiste cijfers over het aantal door de IGZ ingediende klachten. Zij schrijft daarover: "..*dat tot 2006 jaarlijks 20 tot 40 tuchtzaken normaal waren, vanaf 2006 daalt dit aantal naar 3 a 5 per jaar ...*" . (p.45). De vervolgens door haar uitgevoerde analyse van "*de geconstateerde terugval in het aantal tuchtzaken in de periode 2006-2010*" (p. 47) berust dan ook op een onjuiste aanname.

255 Cuperus-Bosma e.a. 2002, p. 211.

(m.n. de gehandicaptenzorg) aan de Tweede Kamer laten weten dat de IGZ in de periode 2007-2012 in 44 gevallen van seksueel grensoverschrijdend gedrag een tuchtzaak heeft gestart. Daarbij vermeldt de minister de uitkomst van deze procedures, respectievelijk de stand waarin die zich bevinden.[256] Hieruit valt af te leiden dat van het aantal klachten dat in de periode 2007 tot 2013 door de IGZ aanhangig is gemaakt (88) de helft betrekking heeft op seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dit wijst erop dat de IGZ zich bij het aanhangig maken van tuchtzaken vooral richt op seksueel grensoverschrijdend gedrag en veel minder toekomt aan het aanhangig maken van klachten die zijn toegespitst op de (verdere) ontwikkeling van normen voor het medisch professioneel handelen. Ten aanzien van de geoorloofdheid van seksuele handelingen in de hulpverleningsrelatie zijn de (tuchtrechtelijke) toetsingsnormen immers al sinds het laatste decennium van de vorige eeuw uitgekristalliseerd.

Ook het beleid van de IGZ bij het aanhangig maken van een tuchtklacht in geval van seksueel grensoverschrijdend gedrag is niet zonder meer duidelijk. In de zojuist genoemde brief aan de Tweede Kamer schrijft de minister dat van de 412 meldingen van seksueel misbruik die in de periode 2007 tot 2013 bij de IGZ zijn binnengekomen, 194 meldingen betrekking hadden op BIG geregistreerde beroepsbeoefenaren. Ter verklaring van het feit dat slechts in 44 gevallen daarvan een tuchtzaak aanhangig is gemaakt schrijft de minister:

> "*Afhankelijk van de concrete feiten en omstandigheden van het seksueel overschrijdend gedrag is hier al dan niet* een *rol voor de tuchtrechter*".

Welke feiten en omstandigheden hier een doorslaggevende rol spelen wordt echter niet duidelijk.

Zonder inzicht in dit beleid valt dan ook niet goed te plaatsen de volgende in mei 2013 door de IGZ betrekkelijk geïsoleerd gedane mededeling over het aanhangig maken van een tuchtzaak in geval van een verwisselingsfout:

> "*De inspectie zal bij een melding van een verwisseling niet meer het onderzoek afwachten dat ziekenhuizen of medische klinieken officieel zelf moeten uitvoeren, maar direct zelf onderzoeken of de procedure gevolgd is. Is dat niet het geval, dan zal de inspectie kijken of een tuchtrechtprocedure mogelijk is tegen de verantwoordelijke arts*".[257]

Het in 2012 ingezette beleid van de IGZ om in meer gevallen het initiatief te nemen om een klacht bij het tuchtcollege aanhangig te maken dient zonder meer te worden bevorderd. De in dat jaar te constateren beleidsverandering behoort te worden gecontinueerd. Ook de tuchtcolleges geven aan

---

256 *Kamerstukken II* 2012/13, 33 400-XVI, nr. 138 (Brief van de minister van VWS op 27 februari 2013).

257 Mededeling IGZ, *Scherpere handhaving na verwisseling,* 22 mei 2013. www. Igz.nl/actueel/nieuws/scherpere handhaving na verwisseling. In de initiatiefnota van de VVD-fractie van de Tweede Kamer, gedateerd 29 november 2012, staat als actiepunt opgenomen: "*Bij basisfouten, zoals het door elkaar halen van links en rechts volgt standaard een tuchtklacht van de IGZ tegen de betreffende arts*".

behoefte te hebben aan een duidelijker beleidslijn van de IGZ bij het aanhangig maken van klachten. Zij menen dat de IGZ nogal eens "*een ongelukkige hand*" heeft in de keuze van zaken die worden aangebracht. De IGZ zou zich volgens de tuchtcolleges moeten richten op de zwaardere zaken waarbij een beroepsbeoefenaar "*uit de circulatie*" moet worden genomen en voortgezette beroepsuitoefening dus niet meer verantwoord is dan wel er op kwaliteitsgebied "*iets algemeens aan de hand is dat uitgaat boven het individuele geval*".

Deze kritiek verbaast omdat de IGZ sinds 2009 beschikt over een vrij gedetailleerd handhavingsschema voor het indienen van een tuchtklacht. In dit schema zijn algemene criteria (speciële preventie, generale preventie en rechtsontwikkeling) en specifieke criteria (de ernst van het feit, de kans op herhaling, mate van risico voor de patiënt, recidive van de kant van de hulpverlener, het ontbreken van een duidelijke norm, bijzondere omstandigheden) voor de besluitvorming over een tuchtklacht uitgewerkt. Deze handleiding bevat zelfs een reeks wegingsfactoren die bij het bereiken van een bepaald aantal "punten" ertoe moet leiden: *"tuchtklacht wordt voorbereid tenzij er redenen zijn om (gemotiveerd) van uitkomst van de score af te wijken.*" [258]

Tegen de achtergrond van dit in werking getreden handhavingsschema valt nog minder goed het lage aantal tuchtklachten van de IGZ te begrijpen .

De noodzaak van bestendig beleid inzake het aanbrengen van tuchtzaken door de IGZ is onderstreept door het publieke en parlementaire debat naar aanleiding van de zaak Jansen Steur en de eind 2012 uitgebrachte rapporten van Sorgdrager en Van der Steenhoven over de IGZ.[259] Mede naar aanleiding van de door de IGZ met de neuroloog Jansen Steur gemaakte afspraken over beroepsbeperking, heeft de minister aan de Tweede Kamer medegedeeld dat de IGZ "*in september 2010 haar beleid ten aanzien disfunctionerende beroepsbeoefenaren (heeft) herzien. Vanaf dat moment vinden beroepsbeperkende maatregelen niet meer plaats in de vorm van (bilaterale) beroepsbeperkende afspraken*". De IGZ mag afspraken zoals gemaakt met Jansen Steur[260] dus niet meer maken. De minister verwijst dan ook uitdrukkelijk naar de "*wettelijke handhavingsinstrumenten*" van de IGZ en benadrukt dat de IGZ "*in voorkomende gevallen een tuchtklacht tegen een BIG-geregistreerd beroepsbeoefenaar (kan) indienen, een bevel geven of een voordracht doen bij het College van Medisch Toezicht*".[261]

---

258 Handhavingsschema indienen van een tuchtklacht, Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 5 oktober 2009, m.n. p. 8.

259 Zie over dit onderzoek de brieven van de minister van VWS aan de Tweede Kamer van 2 april en 25 mei 2012, *Kamerstukken II* 2011/12, 33 149, nr. 9 en nr. 13.

260 De kern van de afspraak tussen de IGZ en Jansen Steur is dat de arts toezegde zich uit te laten schrijven in het BIG-register en dat hij in de toekomst geen verzoek tot herinschrijving zou doen. De IGZ zegde toe om bij naleving hiervan "g*een tuchtrechtelijke procedures tegen de ex-beroepsbeoefenaar*" te zullen starten. (Tekst verklaring van 24 oktober 2010). Zoals bekend zette de neuroloog zijn praktijk voort in het buitenland.

261 *Kamerstukken II* 2011/12, 33 000 XVI en nr. 168 (verslag van een schriftelijk overleg naar aanleiding van de brief van de minister van VWS van 1 maart 2012 inzake tuchtrecht voor beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg).

In haar onderzoeksrapport over de afhandeling van meldingen door de IGZ constateert Sorgdrager o.a. :

> ”*Meldingen over het mogelijk disfunctioneren van een medische beroepsbeoefenaar leiden gelet op dit* dossieronderzoek *zelden tot actie van de IGZ naar het Openbaar Ministerie en/of een Regionaal Tuchtcollege. Als er al in de onderzochte dossiers sprake van was, dan gebeurde dit vaak in een laat stadium”*.

Ook Van der Steenhoven pleit voor *“…het sneller bij de tuchtrechter aanhangig maken van zaken. In dat kader zou de IGZ ook vaker gebruik moeten maken van haar bevoegdheid om de tuchtrechter te vragen de zaak met spoed te behandelen*”.[262]

Het is Sorgdrager opgevallen dat bij dossiers waarin concrete aanleiding bestond om aan het functioneren van een medisch beroepsbeoefenaar te twijfelen “*de IGZ terughoudend optreedt in het hanteren van handhavingsinstrumenten*”.[263] Daarbij signaleert zij dat de “*juridische expertise*” pas “*laat in het werkproces van een inspecteur*” wordt ingebracht en dat de IGZ-juristen “*verschillende inhoudelijke zienswijzen*” hanteren waardoor de inspecteurs gaan “shoppen”.[264]

In haar conclusies constateert Sorgdrager *“..op basis van het dossieronderzoek zowel terughoudendheid bij de IGZ om het beschikbare repertoire in te zetten als onduidelijkheid op de werkvloer over de samenwerking en rolverdeling tussen IGZ, tuchtcolleges en OM*”. Die terughoudendheid om het handhavingsinstrumentarium in te zetten moet de IGZ volgens Sorgdrager laten varen. Zij beveelt daartoe aan dat de IGZ in overleg treedt “*met de ketenpartners (Tuchtrechter en OM) om de praktijk van samenwerking en rolverdeling beter vorm en inhoud te geven*”.[265] Ten tijde van de gesprekken die wij voerden in het kader van deze evaluatie had dit overleg, blijkens mededelingen van OM en tuchtcolleges, nog niet plaatsgevonden.

In de kabinetsreactie op de beide rapporten heeft de minister van VWS o.a. het standpunt herhaald dat *“.. de IGZ vaker zelf actie zal ondernemen richting tuchtrechter en/of het OM*”. Daartoe zal de juridische functie en de rol van het bureau opsporing bij de handhaving worden versterkt waarbij “*expliciet aandacht*” wordt besteed aan “*een eenduidige zienswijze en inzet*”. De door de minister beoogde “*directie bestuurlijk-juridische zaken en communicatie*” zal standaard onderdeel uitmaken van het multidisciplinaire overleg waar klachten en meldingen worden besproken zodat zij proactief kunnen adviseren “*over de inzet van het handhavingsinstrumentarium*”.[266]

Om de in 2012 ingezette beleidswijziging te ondersteunen is het van belang dat het indienen van een klacht bij het tuchtcollege gaat behoren tot het gebruikelijke arsenaal instrumenten van de IGZ. In dit

---

262 Van der Steenhoven 2011, p. 38.

263 Van der Steenhoven 2011, p. 45.

264 Van der Steenhoven, p. 46.

265 Van der Steenhoven, p. 62.

266 *Kamerstukken II* 2012/13, 33 149, nr. 17, m.n. par. 3.4 en 4.4 (kabinetsreactie onderzoeksrapporten IGZ, 15 februari 2013).

verband wijst Van der Steenhoven erop dat het van belang is dat er "*een eenduidige visie is op wat een goede inspecteur is. Dat beeld is in de loop der jaren veranderd van adviseur naar toezichthouder en handhaver*".[267] Sorgdrager constateert in haar onderzoek naar de afhandeling van meldingen dat de uitspraken van tuchtcolleges voor inspecteurs niet snel genoeg vindbaar en toegankelijk zijn. Naast het feit dat die beschikbaarheid een minimale voorwaarde vormt, is het naar onze mening verder nodig dat alle inspecteurs die feitelijk zijn belast met toezichthoudende werkzaamheden voldoende vertrouwd zijn met het tuchtrechtelijk toetsings- en beoordelingskader zoals dit is opgenomen in de wet BIG. Dit betekent dat bij de met toezicht belaste inspecteurs ook bekendheid nodig is met de te volgen werkwijze bij het op gang brengen van een tuchtrechtelijke procedure, daaronder begrepen de wijze waarop het onderzoek dient te worden ingericht dat leidt tot het opstellen van een klaagschrift. Sorgdrager stelt in dit verband vast dat de juridische expertise vaak pas laat in het werkproces van een inspecteur wordt ingebracht "*en het proces uiteindelijk inefficiënt verloopt*" (p. 46). Minder bevorderlijk voor de bestendiging van de ingezette beleidslijn lijkt ons te zijn dat de vraag of een klacht bij het tuchtcollege aanhangig dient te worden gemaakt, in hoofdzaak ter beoordeling staat van een speciale afdeling van de IGZ, het Bureau Opsporing. Die werkwijze draagt naar onze mening niet eraan bij om een situatie te bereiken waarin het tuchtrecht gaat behoren tot het vaste instrumentarium dat de toezichthoudende inspecteurs tot hun beschikking hebben zodat zij de toepassing daarvan ook tijdig in hun besluitvorming kunnen betrekken. Overigens betekent dit laatste dat ook in de interne opleiding van inspecteurs het tuchtrecht en de inpassing daarvan in de toezichtpraktijk een belangrijke plaats behoort te blijven innemen.

Het overnemen van klachten door de IGZ

Een tweede aspect dat in dit verband van belang is, is het overnemen van klachten door de IGZ. Ook nu heeft de IGZ reeds de mogelijkheid om de klacht van een patiënt over te nemen en de procedure bij het tuchtcollege verder op eigen titel te voeren. De praktijk laat zien dat de IGZ tot op heden slechts zeer incidenteel van deze mogelijkheid gebruik maakt, terwijl de IGZ in het kader van deze evaluatie heeft aangegeven de klacht over te nemen indien er sprake is van "*een groot patiëntenrisico*". Naar onze mening is hier een ommekeer gewenst. Indien bepaalde klachten werkelijk van belang zijn als signaal van tekortschietende kwaliteit van zorg, dan behoort het niet afhankelijk te zijn van de capaciteit en middelen die de individuele patiënt ter beschikking heeft of een dergelijke klacht ten slotte effectief wordt doorgezet. De IGZ beschikt over de vereiste deskundigheid en zou naar onze mening zeker in de meer gecompliceerde casus waarin duidelijke signalen over tekortkomingen in de kwaliteit van zorg aan de orde zijn, gericht moeten overwegen de klacht van de patiënt over te nemen. Het overnemen van de klacht kan er ook toe leiden dat er aanleiding is de klacht te herformuleren of uit te breiden. Dit past bij het door ons gedane voorstel om de mogelijkheid te openen om een ingediende klacht tot aan de mondelinge behandeling zo nodig uit te breiden of aan te vullen. Indien het tuchtcollege in dat kader informatie vraagt aan de IGZ is dit voor de IGZ tevens aanleiding om te bezien of er reden is de klacht over te nemen. Daarvoor bestaat zeker aanleiding in die gevallen waarin blijkt dat meerdere deelnemers aan een samenwerkingsverband of keten een aandeel hebben in de gebeurtenissen waarop de klacht betrekking heeft.

267 Van der Steenhoven, p. 60.

In het kader van deze evaluatie is van de zijde van de IGZ naar voren gebracht dat zij veelal geen wetenschap heeft van de inhoud van de klachten die bij tuchtcolleges aanhangig zijn en daarom ook moeilijk kan beoordelen of er aanleiding is een klacht over te nemen. In het voorafgaande hebben wij voorgesteld om de vooronderzoeker van het tuchtcollege de bevoegdheid te geven tot wijziging van de klacht. In dat verband moet de vooronderzoeker aan anderen inlichtingen kunnen vragen. Wij stellen voor dat de vooronderzoeker in dat kader de bevoegdheid krijgt om de IGZ te informeren over ingediende klachten, op basis waarvan de IGZ kan beoordelen of er aanleiding is de klacht over te nemen.

Zonder te willen afdoen aan de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, menen wij dat de IGZ minder nadruk zou moeten leggen op het in het verleden vaak uitgedragen uitgangspunt dat de patiënt of diens nabestaande bij voorkeur zelf een klacht bij het tuchtcollege aanhangig dient te maken. Er zijn zaken van een zodanige ernst waarin het in meerdere opzichten eenvoudig teveel is gevraagd om de individuele patiënt daarin volledig de verantwoordelijkheid te geven voor het starten en verder voeren van een tuchtrechtelijke procedure.

Het gebruik van het beroepsrecht door de IGZ

De IGZ heeft de wettelijke bevoegdheid om hoger beroep in te stellen, ook in die gevallen waarin zij niet zelf als klager is opgetreden. In de evaluatieperiode heeft de IGZ op onderstaande wijze gebruik gemaakt van deze bevoegdheid.

Tabel 6.25: Aantal keren dat de IGZ bij het Centraal Tuchtcollege beroep instelde in de periode 2002-2013

Jaar	Aantal
2002	10
2003	1
2004	5
2005	10
2006	3
2007	4
2008	2
2009	2
2010	1
2011	1
2012	1

Bron: Jaarverslagen tuchtcolleges

Niet alleen heeft de IGZ in de gehele onderzoeksperiode betrekkelijk weinig gebruik gemaakt van haar bevoegdheid tot het indienen van een klacht, de wettelijke mogelijkheid om hoger beroep in te stellen wordt eveneens slechts sporadisch benut. Dit verbaast tegen de achtergrond van het feit dat de IGZ in het *Handhavingsschema indienen van een tuchtklacht* (5 oktober 2009) schrijft dat "*De beslissing om hoger beroep in te stellen zal worden genomen op geleide van dezelfde criteria die gelden voor het*

indienen van een tuchtklacht" (p. 3). Met name worden als redenen voor het instellen van hoger beroep genoemd "*de motivering van de uitspraak*" indien die in strijd is met de "*in het kader van verantwoorde zorg gewenste normering*". In het kader van de normerende rol die het tuchtrecht heeft zou te verwachten zijn dat de IGZ in meer gevallen aanleiding zou zien om een beslissing in hoger beroep uit te lokken. Een extra aanleiding daarvoor zou kunnen zijn het feit dat de opgelegde maatregel in de ogen van de IGZ te licht is, nu immers de klager geen recht van hoger beroep heeft indien een maatregel is opgelegd. Wij menen dat er aanleiding is om in het kader van het te ontwikkelen klachtbeleid van de IGZ in tuchtzaken ook te betrekken het gebruik van de bevoegdheid om hoger beroep aan te tekenen.

Er is wel bepleit om ook aan de klager in het tuchtrecht een vol beroepsrecht te geven, zodat hij ook appèl kan instellen naar aanleiding van de zwaarte van de opgelegde maatregel. Wij zijn geen voorstander daarvan. Het tuchtrecht dient immers niet primair om de klager genoegdoening te bieden. Het tuchtrecht ziet allereerst op de kwaliteit en integriteit van de beroepsuitoefening. Het toekennen aan de klager van de mogelijkheid om ook in beroep te komen indien het tuchtcollege een maatregel heeft opgelegd, doet af aan dit uitgangspunt. Naar onze mening dient de huidige situatie, waarin het beroepsrecht van de klager is beperkt tot die gevallen waarin de klacht is afgewezen als ongegrond, danwel niet-ontvankelijk is verklaard, te worden gehandhaafd. Het instellen van hoger beroep ligt in deze gevallen meer op de weg van de IGZ.

Wel zien wij reden om een zelfstandig beroepsrecht toe te kennen aan de organisatie van onder het tuchtrecht vallende beroepsbeoefenaren die belang heeft bij verheldering van tuchtrechtelijke normen die zijn neergelegd in een beslissing van een tuchtcollege. Allereerst kan dit het geval indien een discrepantie ontstaat tussen een tuchtrechtelijke norm en de regels en richtlijnen die de beroepsorganisatie heeft opgesteld. Voorts kan de beroepsorganisatie hierbij een belang hebben indien spanning ontstaat tussen een dergelijke tuchtrechtelijke norm en door het Zorginstituut Nederland geregistreerde richtlijnen en protocollen. Aangenomen mag worden dat in de gevallen waarop hier wordt gedoeld de beroepsbeoefenaar daarover tijdig contact heeft met zijn beroepsorganisatie.

6.7.4 Procedures

Spoedprocedure

Dit onderwerp heeft enigszins ingeboet aan belang nu in het op 15 juni 2013 in werking getreden reglement van de Regionale Tuchtcolleges is opgenomen dat de schriftelijke behandeling van de klacht door de voorzitter kan worden beperkt tot één ronde (artikel 4.1). Dat wil zeggen, dat in beginsel de mondelinge behandeling plaatsvindt na klaagschrift en verweerschrift. Deze nieuwe werkwijze kan in de praktijk tot een zodanige versnelling van de aanvang van de mondelinge behandeling leiden dat het daarnaast laten bestaan van een afzonderlijke spoedprocedure minder in

de rede ligt. De praktijk zal moeten uitwijzen of de gewenste versnelling in de afdoening van zaken hiermee wordt bereikt.[268]

Deskundigen

Het tuchtcollege kan één of meer deskundigen opdracht geven om een schriftelijke rapportage uit te brengen. De werkwijze van een deskundige die in opdracht van het college optreedt, is niet geregeld in de wet BIG. Wel bevat het Reglement van de Regionale Tuchtcolleges een bepaling hiervoor (artikel 8). Het arrest Mantovanelli/Frankrijk van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens[269] is aanleiding om de eisen aan een dergelijk deskundigenrapport nader te formuleren. Weliswaar heeft het Europees Hof in dit arrest beslist dat artikel 6 EVRM niet rechtstreeks van toepassing is op het deskundigenonderzoek, maar wel dat deze bepaling kan zijn geschonden indien de procedure waarin het deskundigenbericht is uitgebracht in zijn geheel, daaronder begrepen de wijze waarop het bewijs is verkregen, niet voldoet aan de eisen van die bepaling. Uit het arrest vloeien enkele regels voort waaraan de totstandkoming van een rapportage van een deskundige moet voldoen teneinde een eerlijk proces te waarborgen. In beginsel moet iedere partij de mogelijkheid hebben om kennis te dragen van en te reageren op al het bewijsmateriaal dat bijdraagt aan de beslissing van het tuchtcollege. Daarom dient te worden bepaald dat partijen voor de zitting een concept van het deskundigenrapport ontvangen zodat zij zich hierover kunnen uitlaten en desgewenst vragen kunnen stellen aan de deskundige over het ontwerpverslag, alvorens dit in definitieve vorm wordt ingediend bij het tuchtcollege. In dit opzicht is de regeling in het op 15 juni 2013 in werking getreden Reglement van de Regionale Tuchtcolleges te beperkt. Artikel 8 voorziet niet in de processueel belangrijke mogelijkheid om op het *concept*-rapport van de ingeschakelde deskundige te reageren. In dat opzicht behoeft de regeling aanpassing.

Samenstelling tuchtcolleges

Sinds de invoering van de wet BIG bestaat het Centraal Tuchtcollege uit drie juristen en twee beroepsbeoefenaren. De toegevoegde waarde van de derde jurist wordt als beperkt ervaren door de tuchtcolleges, terwijl het derde lid-beroepsbeoefenaar als een gemis wordt gezien. Dit is naar voren gekomen in de enquête en is bevestigd in de gesprekken die met de tuchtcolleges zijn gevoerd. Aan wijziging van de samenstelling van het Regionaal Tuchtcollege is geen behoefte gebleken.

In hoger beroep spitst de beoordeling van de klacht zich zelden toe op juridische aspecten. Centraal staat in de regel de beoordeling van de medische toedracht. Daarbij blijkt nogal eens dat over de inhoudelijke beoordeling van de feiten verschillend kan worden gedacht, afhankelijk van de taxatie van de (medische) feiten en de achtergrond, school of richting waaruit de beroepsbeoefenaar afkomstig is. Daarom is het van belang dat de inhoudelijke inbreng zo breed mogelijk is gewaarborgd. Het Centraal Tuchtcollege krijgt daarmee de mogelijkheid om in het geval er verschillende inzichten op een bepaald terrein bestaan die ook evenwichtiger te representeren in de samenstelling van het

---

268 Zie hiervoor paragraaf 6.7.8.

269 EHRM 18 maart 1997, *NJ* 1998, 278.

college dat de klacht behandelt. Dit verkleint ook het risico dat het Centraal Tuchtcollege later een bepaalde uitspraak moet herroepen omdat de inhoudelijke beoordeling "ondeugdelijk" is geweest. Bij brief van 1 november 2011 heeft de voorzitter van het Centraal Tuchtcollege zich zelfs genoodzaakt gezien om de beslissing van het Centraal Tuchtcollege van 6 januari 2011 over verantwoordelijkheidsverdeling tussen operateur en anesthesioloog op een cruciaal onderdeel te herzien. De voorzitter schreef in deze ongebruikelijke brief:

> *"In deze zaak is overwogen dat de algehele verantwoordelijkheid voor een operatie (inclusief anesthesie) bij de operateur ligt. Deze overweging is fout, in het bijzonder voor wat betreft de stelling dat de operateur ook verantwoordelijkheid draagt voor de anesthesie".*[270]

Een ruimere representatie van beroepsbeoefenaren draagt ook bij aan de inhoudelijke motivering van de beslissing en daarmee aan de vergroting van het draagvlak voor uitspraken met normerend karakter voor de beroepsuitoefening.[271]

In dit verband moet rekening worden gehouden met artikel 6 EVRM dat ook van toepassing is op de tuchtrechtelijke procedure.[272] De vraag is of ook aan het vereiste van een onpartijdige en onafhankelijke rechtsgang is voldaan indien het Centraal Tuchtcollege bestaat uit twee juristen en drie beroepsbeoefenaren. De beantwoording hiervan vereist een nadere onderzoek van de jurisprudentie van het EHRM. Onze voorlopige indruk is dat een dergelijke getalsmatige verhouding tussen beroepsbeoefenaren en juristen zich verdraagt met artikel 6 EVRM mits de onafhankelijkheid van de leden-beroepsgenoten voldoende is gewaarborgd. In die zin heeft ook de advocaat-generaal bij het Hof van Justitie zich uitgelaten in haar conclusie in zaak Graham.J.Wilson tegen Ordre des advocats du bureau de Luxembourg.[273] In dit verband mag naar onze mening ook worden verdisconteerd dat in een samenstelling van twee juristen en drie beroepsbeoefenaren het voorzitterschap bij een jurist berust en, naast de tweede jurist, het college wordt bijgestaan door een rechtsgeleerde secretaris die zeker in geval van procesrechtelijke vragen, met een adviserende stem aan de beraadslagingen van het college deelneemt.

In verband met de onafhankelijkheid verdient wel aandacht de wijze van recrutering van de leden-beroepsgenoten voor de tuchtcolleges. In de huidige praktijk zijn het vooral de beroepsorganisaties die kandidaten aandragen voor het vervullen van vacatures in de tuchtcolleges. De vraag is gerechtvaardigd of die informele procedure nog voldoet aan hedendaagse eisen van transparantie. Vanuit dat oogpunt bestaat een zekere voorkeur voor een werkwijze waarbij de tuchtcolleges zelf leidend zijn in de werving van leden voor de tuchtcolleges en daarvoor een inzichtelijke selectieprocedure hanteren. Indien dit op korte termijn niet haalbaar is zou tenminste duidelijkheid

---

270 Brief van Mr. A.H.A. Scholten, *GJ*, 2011, 8, p.1001.

271 Zie voor een voorbeeld van een beslissing van het Centraal Tuchtcollege waarbij kritische kanttekeningen bij de motivering daarvan kunnen worden geplaatst, 27 november 2012, *GJ*, 2013, 4 en 13 (m. n. J.H. Hubben).

272 Zie EHRM 23 juni 1981, *NJ* 1982, 602 (Le Compte,Van Leuven, De Meyere/Belgie).

273 Hof van Justitie 19 september 2006, zaak C-506/040.

moeten bestaan over de wijze waarop en aan de hand van welke criteria de beroepsorganisaties kandidaten werven, selecteren en voorbereiden op een positie in de tuchtrechtspraak.

6.7.5 College van Medisch Toezicht

Hoofdstuk VIII van de wet bevat een regeling inzake het opleggen van maatregelen wegens ongeschiktheid, als gevolg van lichamelijke of geestelijke ziekte of als gevolg van verslaving. De maatregelen hebben een preventieve of beveiligende functie. De inspectie kan een voordracht indienen bij het College van Medisch Toezicht (CMT) dat deze maatregelen kan nemen, variërend van het treffen van bijzondere voorwaarden tot doorhaling van de registratie.

Het College van Medisch Toezicht functioneert feitelijk niet. Uit het jaarverslag van de tuchtcolleges blijkt dat in de periode 2008 t/m 2012 slechts één zaak is aangebracht bij dit College.[274] In de vorige evaluatie (2002) is de kritiek op het functioneren van dit College reeds verwoord. Die kritiek leeft nog steeds bij de tuchtcolleges, o.a. als gevolg van het feit dat de tuchtcolleges de mogelijkheid ontberen van verwijzing naar het College van Medisch Toezicht in geval van een beroepsbeoefenaar die geestelijk of lichamelijk ongeschikt moet worden geacht voor de uitoefening van patiëntenzorg. Om die reden is in de vorige evaluatie de aanbeveling gedaan de taak van het College van Medisch Toezicht over te hevelen naar de Regionale Tuchtcolleges. Die is niet opgevolgd.

In een recente brief van de Tweede Kamer spreekt de minister van VWS zich niet duidelijk uit over deze overheveling van de taak van het College van Medisch Toezicht naar de tuchtcolleges. [275] De procedure wegens ongeschiktheid van een beroepsbeoefenaar kan beter worden benut indien die worden ondergebracht bij het tuchtcollege. Daarmee wordt slagvaardig optreden bevorderd, vooral in die gevallen waarin in de loop van de tuchtzaak blijkt dat verslavingsproblematiek een belangrijke rol speelt. De huidige procedure blijkt niet te werken. Er is onvoldoende reden om het aanhangig maken van de procedure wegens drank- of drugsverslaving exclusief te beleggen bij de IGZ. De onderzoekers stellen zich voor dat bij de beoogde overheveling wordt zorggedragen voor een voldoende deskundige samenstelling van het tuchtcollege voor deze specifieke taken.

6.7.6 De werkingssfeer van de zg. tweede tuchtnorm van artikel 47 Wet BIG

De minister van VWS heeft in het overleg met de Tweede Kamer over de brief van 1 maart 2012 inzake het tuchtrecht voor individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, laten weten dat in het kader van de tweede evaluatie van de wet BIG wordt onderzocht of "*de huidige tweede tuchtnorm (die betrekking heeft op het algemene belang dat gelegen is in de goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg) voldoende mogelijkheid biedt om los van de directe patiëntenzorg (daarvoor geldt de*

274 Jaarverslag 2012, Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg, par. 6.2.

275 Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer van 16 juli 2013 (kenmerk 132681 - 106928 MEVA).

eerste tuchtnorm), zaken waarin gerede twijfel bestaat omtrent gebrek aan professionele kwaliteit of zorgvuldigheid, aan de tuchtrechter voor te leggen".[276]

Bij de discussie over de reikwijdte van de zg. tweede tuchtnorm van artikel 47 moeten twee vragen worden onderscheiden:

- Dient een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar die een bestuurlijke of organisatorische functie vervult (bijv. bestuurder of directeur belast met de portefeuille patiëntenzorg) voor zijn handelen tuchtrechtelijk aansprakelijk te kunnen zijn?
- Dient de mogelijkheid te worden geopend om een tuchtrechtelijke procedure te starten tegen een samenwerkingsverband van BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren (bijv. een maatschap)?

De eerste tuchtnorm, neergelegd in artikel 47, lid 1, behelst, kort gezegd, tekortschieten in zorg ten opzichte van de patiënt en diens naasten. Deze norm is gebaseerd op de relatie tussen hulpverlener en degene die de hulp behoeft alsmede personen uit diens naaste omgeving.

Daarnaast is er een tweede, meer algemene, tuchtnorm (artikel 47, lid 2, sub b) die betreft:

"*enig* ander *handelen of nalaten in strijd met het belang van een goede individuele gezondheidszorg*".

Uit de formulering van deze norm kan worden afgeleid dat het tuchtrecht ook van toepassing is op handelen dat niet is ingebed in de relatie beroepsbeoefenaar-patiënt. Deze norm is weliswaar abstract geformuleerd, maar uit de toelichting blijkt dat de wetgever een ruime interpretatie voor ogen heeft gehad : "*Tal van facetten van zorg –ethisch, technisch, economisch, communicatief e.a. – worden door de norm bestreken*".[277]

Dat de wetgever een ruime interpretatie voorstond blijkt ook uit het bevestigend antwoord dat de minister destijds gaf op de vraag of ook de meer bedrijfsmatige, financieel-administratieve kant van het beroep onder de werking van de tuchtnormen valt. Het niet goed beheren van patiëntendossiers in algemene zin en tekorten in de collegiale samenwerking worden in de memorie van antwoord genoemd als voorbeelden.[278]

Ondanks deze aanknopingspunten voor een ruime interpretatie van de zg. tweede tuchtnorm heeft het Centraal Tuchtcollege lange tijd het standpunt ingenomen dat een directeur patiëntenzorg "*in de uitoefening van zijn taken niet onderworpen is aan tuchtrechtspraak op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG*)" en motiveerde dit met het argument dat de directeur patiëntenzorg geen handelingen op het gebied van de geneeskunst verricht als bedoeld in artikel 1 Wet BIG. Dit leidde dan tot niet-ontvankelijkverklaring van de klacht. Een ander argument

---

276 Zie brief aan de Tweede Kamer inzake tuchtrecht 1 maart 2012, m.n. p. 6, 3.4 (ketenzorg) en *Kamerstukken II* 2011/12, 33 000 XVI en nr. 168 (verslag van een schriftelijk overleg naar aanleiding van de brief van de minister van VWS van 1 maart 2012 inzake tuchtrecht voor beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg).

277 *Kamerstukken II* 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 96.

278 *Kamerstukken II* 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 97-8.

dat het Centraal Tuchtcollege hanteerde is dat de aangeklaagde directeur patiëntenzorg niet handelde in zijn hoedanigheid van arts maar in die van bestuurder.[279]

In de in 2002 uitgevoerde evaluatie is de betreffende jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege besproken en is geconcludeerd dat een verduidelijking van de tweede tuchtnorm gewenst is nu het Centraal Tuchtcollege kennelijk voorbij gaat aan de bedoeling van de wetgever om ook de meer bedrijfsmatige kant van de beroepsuitoefening door de geregistreerde aan het tuchtrecht te onderwerpen.[280]

Die verduidelijking van de tweede tuchtnorm heeft de wetgever niet gegeven. Wel erkende de minister van VWS in zijn brief van 17 november 2008 aan de Tweede Kamer,[281] dat er onduidelijkheid is met betrekking tot de tweede tuchtnorm van artikel 47 wat betreft de mogelijkheid om een klacht in te dienen tegen een samenwerkingsverband, zowel binnen een instelling als meer in het algemeen in het kader van ketenzorg.

De beslissing van het Centraal Tuchtcollege van 19 april 2011[282] markeert in dit opzicht een belangrijke verandering. In die beslissing, handelend over een directeur patiëntenzorg, overwoog het Centraal Tuchtcollege het volgende:

> "*De eerste vraag die moet worden beantwoord is of handelen zoals door klager aan de arts wordt verweten tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen van de arts kan opleveren. Daarbij is met name van belang* dat *de arts niet zelf zorg verleende aan de patiënt, maar handelde in zijn functie van directeur patiëntenzorg van de betreffende kliniek (een zelfstandig behandelcentrum). Met het college in eerste aanleg is het Centraal College thans en <u>in tegenstelling tot eerdere jurisprudentie</u> van oordeel dat artsen in een bestuurlijke of leidinggevende functie als waarvan in dit geval sprake is, voor hun handelen tuchtrechtelijk aansprakelijk kunnen zijn.*"[283] (onderstreping onderzoekers).

Van belang is verder de volgende overweging van het Centraal Tuchtcollege:

> "*Het is onmiskenbaar de bedoeling van de wetgever geweest dat ook dit laatste handelen tot een tuchtrechtelijke veroordeling zou kunnen leiden, mits het handelen voldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg*".[284]

---

279 Zie bijv. CTG 9 april 2002, *TvGR* 2003/9, r.o. 3.6.

280 Cuperus-Bosma e.a. 2002, m.n. par, 4.6.5 en par. 5.6.3. sub 52.

281 Brief van de minister aan de Tweede Kamer van 17 november 2008 (moderniseren tuchtrecht voor de gezondheidszorg, Wet BIG), kenmerk MEVA/BO-2821906, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 700 XVI, nr. 89, p. 10.

282 CTG 19 april 2011, *LJN* YG1057, *GJ* 2011/87.

283 CTG 19 april 2011, *LJN* YG1057, *GJ* 2011/87, r.o. 5.

284 *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p.74-76 en *Kamerstukken II* 1987/88, 19 522, nr. 7, p.97-98 (r.o. 4.3).

De passages uit de wetsgeschiedenis waarnaar het Centraal Tuchtcollege in deze overweging verwijst, bevatten naast het hierboven reeds aangehaalde, ook de volgende tekst als antwoord op de vraag uit de Kamer naar de betekenis van de tweede tuchtnorm:

> "*In het* algemeen *geldt dat de eerstgenoemde norm de belangrijkste is. Zij bestrijkt de gevallen van tekortschieten in zorg door geregistreerden ten opzichte van de patiënt en diens naaste relaties. Aangezien los van die gevallen nog bepaalde handelingen denkbaar zijn die onzorgvuldig moeten worden geacht omdat zij strijdig zijn met het openbare (algemene) belang van een goede individuele gezondheidszorg is voorgesteld een tweede tuchtnorm op te nemen, die dergelijke gevallen bestrijkt. Men denke aan het geval waarin een beroepsbeoefenaar onzorgvuldig optreedt zonder dat zijn optreden rechtstreeks betrekking heeft op een bepaalde patiënt, bijvoorbeeld door in het openbaar uitlatingen te doen waarbij ten onrechte een bepaalde vorm van uitoefening van individuele gezondheidszorg in een kwaad daglicht wordt gesteld ten gevolge waarvan bij het publiek ten onrechte onrust ontstaat. Ook aspecten van (tekorten ten aanzien van) collegiale samenwerking die geen schade toebrengen aan een individuele patiënt kunnen onder deze tuchtnorm vallen. Voorts kan worden gedacht aan fraude ten opzichte van ziektekostenverzekeraars. Kern van de tweede norm is strijdigheid in enig opzicht met het belang van een goede individuele gezondheidszorg. Dit belang is een algemeen belang; vandaar dat in de toelichting op dit punt gesproken is van «het algemeen belang gelegen in een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg»*."[285]

In de hiervoor genoemde beslissing van 19 april 2011 is aan de betrokken directeur patiëntenzorg een waarschuwing opgelegd. Nadien zijn meerdere beslissingen gevolgd waarin de klacht over een directeur patiëntenzorg of een vergelijkbare functionaris ontvankelijk is verklaard.[286]

Toch heeft het Centraal Tuchtcollege in deze nieuwe rechtspraak over de directeur patiëntenzorg nog twee beperkingen aangebracht: het moet gaan om handelen of nalaten dat *"een voldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg*" en heeft verder toegevoegd dat voorkomen moet worden dat de betrokken geregistreerde beroepsbeoefenaar tuchtrechtelijk aansprakelijk wordt gehouden "*voor keuzes in de bedrijfsvoering waarvoor hem in zijn managementfunctie in beginsel beleidsvrijheid toekomt, ook al kunnen die keuzes gevolgen hebben voor de individuele gezondheidszorg"*.

Voor laatstgenoemde beperking is veel te zeggen al is de interpretatie hiervan niet zonder meer duidelijk. Het verdient aanbeveling hiervoor aansluiting te zoeken bij het doelmatigheidscriterium dat in de afgesplitste wetsvoorstel Kwaliteit, Klachten en Geschillen is neergelegd als onderdeel van het begrip '*goede zorg'*. Onder "goede zorg" wordt verstaan: "…zorg van goed niveau: a. die in ieder geval

---

285 *Kamerstukken II* 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 97.

286 Verwezen wordt naar de beslissingen van het CTG 5 juli 2011, *TvGR* 2011, 39, CTG 18 oktober 2011, *TvGR* 2012, 4 en CTG 21 maart 2013, *TvGR* 2013, 4 alsmede de beslissingen van het RTG Eindhoven 16 april 2012, *LJN* YG1948 en 18 maart 2013 *LJN* YG3190.

veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt" (artikel 2).

Anders ligt het met de restrictie dat bij het verweten handelen sprake moet zijn van "*een voldoende weerslag op het belang van de individuele gezondheidszorg"*. In de passages uit de wetsgeschiedenis waarnaar het Centraal Tuchtcollege verwijst wordt echter niet gesproken van "*voldoende weerslag*" maar alleen van "*een weerslag op het belang van de individuele gezondheidszorg*". De betreffende passage luidt:

> "*De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft in dit verband nog de vraag opgeworpen, of beroepsbeoefenaren die handelen buiten het kader van de individuele gezondheidszorg en daarmee in feite tevens buiten het kader van de onderhavige wet, voor dat handelen dan ook niet meer* tuchtrechtelijk *vervolgd kunnen worden. Wij menen dat deze vraag in het licht van het bovenstaande in die zin kan worden beantwoord dat er sprake moet zijn van een weerslag op het belang van de individuele gezondheidszorg en van een handelen in de hoedanigheid van geregistreerde*".[287]

De conclusie moet luiden dat voor het criterium dat sprake moet zijn van "*voldoende*" weerslag op het belang van de individuele gezondheidszorg geen basis bestaat in de wetsgeschiedenis.[288]

Nu de wetgever, zoals blijkt uit de door het Centraal Tuchtcollege aangehaalde passages uit de wetsgeschiedenis, duidelijk voor ogen heeft gehad dat de tweede tuchtnorm een vangnetfunctie ten opzichte van de eerste tuchtnorm vervult, rijst de vraag of de formulering van de tweede tuchtnorm in dit opzicht verheldering verdient. Wij beantwoorden die vraag bevestigend. Ook de tuchtcolleges hebben in het kader van deze evaluatie verwoord dat aan die verheldering behoefte bestaat.

Verduidelijking van de tweede tuchtnorm is ook gewenst in verband met de beantwoording van de tweede vraag: dient de mogelijkheid te worden geopend om een tuchtrechtelijke procedure te starten tegen een samenwerkingsverband van BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren, met name een maatschap?

Van verschillende kanten is op die verruiming van het tuchtrecht aangedrongen. Daartoe wordt o.a. aangevoerd dat een eigentijdse invulling van de eisen die bijvoorbeeld de Onderzoeksraad voor de Veiligheid en de IGZ hebben geformuleerd naar aanleiding van ernstige calamiteiten, het nodig maakt dat managers, coördinatoren of clusterhoofden die een coördinerende rol vervullen in de hulpverlening aan de patiënt ook onder de reikwijdte van het tuchtrecht vallen, zonder dat sprake is van een individuele behandelrelatie met de patiënt, mits het natuurlijk een BIG geregistreerd beroepsbeoefenaar betreft. Gezien de belangrijke organisatorische tekortkomingen die aan grote calamiteiten ten grondslag blijken te liggen, wordt het als kunstmatig en vooral als onevenwichtig

---

287 *Kamerstukken II*, 1985/86, 19 522, nr.2, p.76.

288 Afgezien daarvan heeft J.C.J. Dute hierover opgemerkt "*Een heldere koers levert het weerslagcriterium niet op*", noot onder CTG 21 maart 2013, *TvGR* 2013,4.

ervaren om de verantwoordelijkheid daarvoor uitsluitend te leggen bij de individuele beroepsbeoefenaren die een directe hulpverleningsrelatie hebben met de betrokken patiënten. [289]

Ook los van de bedoelde calamiteiten dwingen organisatorische veranderingen in de gezondheidszorg tot aanpassing van de tuchtrechtelijke mogelijkheid tot toetsing. De taakherschikking en het groeiend belang van ketenzorg zijn voorbeelden daarvan. Indien de (tweede) toetsingsnorm ongewijzigd blijft, dreigt de patiënt, in het geval er iets mis gaat, het nakijken te krijgen. Het tuchtrecht zal dan de aansluiting bij de nieuwe vormen van praktijkuitoefening gaan missen. Onduidelijkheid in de verantwoordelijkheidstoedeling kan bovendien tot ongewenste risico's voor de individuele hulpverlener leiden.[290]

Het gaat hier overigens niet om een geheel nieuw vraagstuk. Zoals blijkt uit het feit dat de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (CRV) naar aanleiding van het voorontwerp van de Wet BIG al het volgende heeft opgemerkt met betrekking tot de reikwijdte van artikel 47 en daarbij zelfs al de tegenwoordig in zwang zijnde term "*keten*" gebruikte:

> "*Ten aanzien van de toepassing van het tuchtrecht rijst voorts de vraag of voor handelingen, waar een team van beroepsbeoefenaren die deels wel en deels niet onder het tuchtrecht vallen de verantwoordelijkheid voor draagt, het team als zodanig tuchtrechtelijk kan worden vervolgd. Daarbij kan* zowel *gedacht worden aan een groep, die feitelijk als team samenwerkt, b.v. een narcoseteam, als aan een groep beroepsbeoefenaren, die achtereenvolgens betrokken zijn bij de behandeling van een bepaalde patiënt. In beide gevallen kan er sprake zijn van een keten van personen met een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor handelingen en ook fouten bij een behandeling. In zo'n team kunnen b.v. artsen en verpleegkundigen (wel tuchtrecht) participeren, en ook b.v. technici, O.K.-assistenten, klinische chemici of laboratorium-assistenten (geen tuchtrecht).*"

De CRV signaleerde in 1982 reeds dat met de twee nieuwe normen (dit zijn de later in artikel 47 neergelegde eerste en tweede tuchtnorm) lacunes blijven bestaan omdat handelingen niet op grond van deze normen getoetst kunnen worden waarbij dat wel wenselijk zou worden geacht. De Centrale Raad schrijft in dit verband: "*Gewezen kan worden op b.v. laakbare handelingen (...) in samenwerkingsverbanden*".[291]

Daarom adviseerde de CRV:

> "*Het lijkt daarom gewenst, dat aan de twee tuchtnormen, genoemd in artikel H1, een derde meer* algemene *norm wordt toegevoegd:*

289 Zie voor een overzicht van ernstige calamiteiten en de gevolgen voor de toedeling van verantwoordelijkheid o.a. Hubben & Sijmons 2009.

290 In die zin De Die 2008, m.n. p. 91 e.v.

291 CRV Advies Wet BIG 1982, p. 79.

> - *enig* handelen *of nalaten, dat niet betaamt in een behoorlijke uitoefening van het beroep (vgl. ook het nieuwe tuchtrecht voor advocaten dat o.m. de norm kent: enig handelen of nalaten dat een behoorlijk advocaat niet betaamt).*"[292]

Deze aanbeveling is door de wetgever destijds niet overgenomen, overigens zonder daarvoor een motivering te geven.

Onder de wet BIG kan een klacht over een samenwerkingsverband van hulpverleners slechts in behandeling worden genomen voor zover alle leden van dat samenwerkingsverband in de klacht zijn betrokken. De commissie Huls stelde al vast dat dit niet meer aansluit bij de wijze waarop de verschillende professies thans worden uitgeoefend. Er wordt immers veelal in teamverband samengewerkt zonder dat voor de patiënt altijd duidelijk is wie daartoe behoren. De commissie Huls schrijft daarover onder andere het volgende:

> "*Voor degene die een klacht wil indienen is het niet steeds eenvoudig te herkennen wie nu precies verantwoordelijk is voor het tuchtrechtelijk handelen. Bijvoorbeeld in het geval een team bestaande uit een chirurg, co-assistenten en verpleegkundigen een operatie uitvoert en hierbij gaat iets mis. Is het dan aan degene die de klacht indient om te herleiden wie nu tuchtrechtelijk aangesproken dient te worden? De werkgroep is van oordeel dat dit geen wenselijke ontwikkeling is. Geconstateerd kan worden dat het tuchtrecht op dit punt achter is gebleven bij de ontwikkeling die de verschillende beroepen hebben doorgemaakt.*"[293]

De werkgroep Huls stelde zich op het standpunt dat het voor een klager mogelijk moet zijn om een tuchtklacht in te dienen tegen een groep beroepsgenoten die hem bijgestaan heeft. De commissie schrijft daarover:

> "*Bij* aanvang *van de tuchtprocedure kan de tuchtrechter bepalen of hij de zaken tegen de verschillende beroepsgenoten wil voegen of dat deze elk afzonderlijk behandeld worden. De tuchtrechter kan zo voor de individuele leden van de groep de mate van verantwoordelijkheid en verwijtbaarheid vaststellen.*"

In deze benadering wordt in geval van tuchtrechtelijke aansprakelijkheid een maatregel uitgesproken tegen elk individueel lid van de betrokken groep beroepsgenoten.

In het kabinetsstandpunt over het rapport van de commissie Huls wordt over de mogelijkheid om een klacht tegen een samenwerkingsverband in te dienen het volgende opgemerkt:

> "*Het tuchtrecht richt zich op de individuele beroepsbeoefenaar. Het komt echter voor dat niet één beroepsbeoefenaar maar een groep van beroepsbeoefenaren in*

292 CRV Advies Wet BIG 1982, p. 79.

293 Huls 2006, p. 40.

teamverband of elkaar opvolgend in een procedure of ketenverband, voor een cliënt werken. (...) Het kabinet deelt het standpunt van het rapport Huls dat het mogelijk dient te zijn een klacht in te dienen tegen een collectief van beroepsbeoefenaren dat voor een cliënt in teamverband heeft gewerkt. Voorwaarde is dat het beroepsbeoefenaren betreft die onder dezelfde *tuchtrechter vallen: de tuchtrechter is immers niet bevoegd om tegen niet-beroepsgenoten op te treden."*[294]

Deze kwestie is ook aan de orde gekomen in de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer, gewijd aan het tuchtrecht in de gezondheidszorg.[295]

Wij menen dat het in de huidige complexiteit van de gezondheidszorg te ver gaat om van de patiënt altijd te verlangen dat hij bij het indienen van de klacht precies weet welke beroepsbeoefenaar welke fout heeft gemaakt. Wel is een voorwaarde voor tuchtrechtelijke toetsing dat het gaat om beroepsbeoefenaren die onder het tuchtrecht vallen. De tuchtrechter is immers niet bevoegd om op te treden tegen niet BIG geregistreerde beroepsbeoefenaren.

In het voorafgaande hebben wij voorgesteld dat, tot aan de behandeling van de klacht ter zitting, de omvang van de klacht kan worden gewijzigd hetzij op verzoek van de klager, hetzij ambtshalve door de vooronderzoeker van het tuchtcollege. Indien tijdens het vooronderzoek danwel in de schriftelijke behandeling van de klacht problemen in de afstemming of samenwerking tussen de beroepsbeoefenaren onderling een rol spelen of blijken te spelen is het wenselijk dat ook de beroepsbeoefenaar of beroepsbeoefenaren tegen wie de klacht aanvankelijk niet was gericht in de behandeling van de klacht wordt betrokken. Het tuchtcollege kan in die beoordeling betrekken de mogelijke effecten van samenwerking, ketenzorg of inhoudelijk samenhangende onderzoeken of behandelingen. Zo nodig kan de klacht door de klager of door het tuchtcollege ambtshalve tot aan de mondelinge behandeling ter zitting worden gewijzigd. Dit kan ertoe leiden dat alsnog een klacht wordt ingediend tegen een of meer beroepsbeoefenaren die niet waren betrokken in de aanvankelijk ingediende klacht. Bepleit wordt dat juist in deze gevallen de IGZ gebruik maakt van haar wettelijke bevoegdheid om een klacht over te nemen. Wij hebben bij ons voorstel tot wijziging of uitbreiding van de klacht aangegeven dat dit met de vereiste rechtsbescherming van de beroepsbeoefenaar dient te worden omgeven.

Wij stellen voor om met de voorgestelde bevoegdheid van de tuchtcolleges om de klacht te wijzigen of uit te breiden ervaring op te doen alvorens verdergaande stappen te overwegen. Daarbij spelen de volgende overwegingen een belangrijke rol.

Aan het tuchtrecht ligt ten grondslag het beginsel van individuele verantwoordelijkheid. Ook indien een samenwerkingsverband voorwerp van de klacht is, blijft het daarom van belang vast te stellen

---

294 Brief van de Staatssecretaris van Justitie aan de Tweede Kamer, 7 december 2007, (kabinetsstandpunt tuchtrecht, kenmerk 5519448/07), p. 13.

295 Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer van 1 maart 2012 (over tuchtrecht in de gezondheidszorg, kenmerk: MEVA/BO-3082928).

welke individuele hulpverleners daarin een tuchtrechtelijk relevant aandeel hebben gehad. Indien dat beginsel zou worden losgelaten wordt een vorm van risicoaansprakelijkheid geïntroduceerd en bestaat het gevaar dat de individuele verantwoordelijkheid "*verdampt*". In de ontwikkeling van de tuchtrechtspraak kan worden geconstateerd, dat er een tendens is naar uitbreiding van de individuele verantwoordelijkheid naar medeverantwoordelijkheid voor tekortkomingen in gemeenschappelijk beleid en organisatorische maatregelen. Een goede illustratie daarvan levert de beslissing van het Centraal Tuchtcollege van 4 maart 2004 (gynaecologenmaatschap).[296] Wij zien hierin nog geen 'collectieve aansprakelijkheid'[297], maar de neerslag van een voortschrijdend inzicht in de reikwijdte van de individuele verantwoordelijkheid.

Wij zien nog onvoldoende aanleiding voor de introductie van een collectieve tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van een maatschap of ander samenwerkingsverband met voorbijgaan aan de individuele tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid. Daarvoor zijn meerdere redenen. Bij een wettelijke groepsaansprakelijkheid is de eerste veronderstelling dat sprake is van een groep, waarvan het lidmaatschap de collectieve aansprakelijkheid met zich brengt. Dit rechtsgevolg veronderstelt een duidelijke definitie van een af te bakenen groep.[298] Gevers heeft er reeds op gewezen dat bij de wisselende vormen van samenwerking in de zorg aan dit vereiste niet kan worden voldaan.[299] Meer nog individualiseert de tuchtmaatregel naar de individuele beroepsbeoefenaar. Een groepsmaatregel past minder in het stelsel van tuchtrechtelijke maatregelen, nog daargelaten dat groepen kunnen bestaan uit verschillende soorten hulpverleners, bovendien sommige wel en anderen niet-BIG-geregistreerd. Een vergelijking met een civiele groepsaansprakelijkheid in de vorm van een risicoaansprakelijkheid van de groep en de strafrechtelijke aansprakelijkheid van artikel 140 Sr kan het verschil met de specifieke tuchtrechtelijke benadering verduidelijken. Een civiele risicoaansprakelijkheid is gericht op compensatie van het slachtoffer met een toedeling van een maatschappelijk risico aan de groep (die zich vaak daarvoor zal kunnen verzekeren). Bij de verboden deelname aan een misdadige of verboden rechtspersoon, die ingevolge artikel 140 Sr een strafrechtelijke groepsaansprakelijkheid oplevert, is reeds het oogmerk van het plegen van een misdrijf of het deelnemen aan een openbaar verboden en ontbonden rechtspersoon gegeven. In de zorg kan in het algemeen noch van een dergelijke risicodeling, noch van een vergelijkbaar verwijtbaar oogmerk worden gesproken. Mutatis mutandis gelden deze bezwaren ook voor de introductie van een centrale aansprakelijkheid in het tuchtrecht, die bij een zorginstelling zou moeten berusten, aan wie wel de lichtere, maar niet de zwaardere tuchtmaatregelen kunnen worden opgelegd, en waarvoor de normstelling geheel opgaat in de kwaliteitsnormering van de Kwz. De in die wet voorziene maatregelen zijn meer toegesneden op de collectieve benadering via instellingen. Vooralsnog bieden de voorgestelde mogelijkheden tot uitbreiding en herformulering van de klacht voldoende mogelijkheden om ook medebehandelaars in de tuchtklacht te betrekken en zo ieders verantwoordelijkheid in samenwerkingsverband, respectievelijk zorgketen te beoordelen. Daarbij zien wij ruimte in het begrip "voorwaardelijk opzet" om een indirecte betrokkenheid en

296 Zie Van Leusden, Vervest & Hubben 2005, p. 62-63 en 293-302.

297 Anders Rube 2013, p. 247.

298 Zoals in de Wet tuchtrechtspraak bedrijfsorganisatie 2002, zie De Die 2008, p. 166.

299 Gevers 2007, m.n. 520. Zie voorts De Die 2008, p. 163.

verantwoordelijkheid tuchtrechtelijk te beoordelen, op de wijze waarop dit in het strafrecht gebeurt. Met die benadering komt een einde aan de onbevredigende situatie dat leden van het samenwerkingsverband tegen wie de aanvankelijke klacht niet is gericht, vrijuit gaan.

Daarnaast is het naar onze mening gewenst om de zg. tweede tuchtnorm van artikel 47 te herzien zodat buiten twijfel is dat die norm ook betrekking heeft op organisatorische samenwerking en afstemming door BIG geregistreerde beroepsbeoefenaren, ook als er geen sprake is van een directe hulpverleningsrelatie met de betrokken patiënt.

Wij bepleiten om voor wat betreft de herziening van de tuchtnorm aansluiting te zoeken bij het advocatentuchtrecht dat een aanmerkelijk ruimere normstelling hanteert. Het zogenoemde restcriterium in de Advocatenwet luidt: *"Enig handelen of nalaten dat een behoorlijk advocaat niet betaamt"* (artikel 46 Advocatenwet).

Het restcriterium in artikel 47 lid 2 onder b Wet BIG is echter strenger dan deze redactie van artikel 46 Advocatenwet. Er zijn twee beperkingen die de Advocatenwet niet kent: het moet gaan om handelen of nalaten in de hoedanigheid van beroepsbeoefenaar en het handelen of nalaten moet in strijd zijn met het belang van een goede individuele gezondheidszorg.[300]

Wij stellen voor het restcriterium van de Advocatenwet over te nemen, hetgeen betekent dat een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar (ook) aan het tuchtrecht zal zijn onderworpen in geval van enig handelen of nalaten dat een behoorlijk beroepsbeoefenaar niet betaamt. Een dergelijk systeem wordt wel aangeduid als ongedeeld tuchtrecht en bestaat o.a. ook op het terrein van het notariaat.[301]

Als de meest eenvoudige oplossing om artikel 47 bij de tijd te brengen, stellen wij voor om de tekst "*enig handelen of nalaten in strijd met het belang van een goede individuele gezondheidszorg" (art. 47, lid 2, sub b) te vervangen door:*

"enig handelen of nalaten dat niet betaamt in een behoorlijke uitoefening van het beroep".

Met deze toevoeging wordt naar onze mening bereikt dat klachten waarbij gerede twijfel bestaat over gebrek aan professionele kwaliteit en zorgvuldigheid, ook zonder dat sprake is van directe patiëntenzorg, aan de tuchtrechter kunnen worden voorgelegd. Daarmee is ook buiten discussie dat een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar die een bestuurlijke of organisatorische functie vervult (bijv. bestuurder of directeur belast met de portefeuille patiëntenzorg) voor zijn handelen tuchtrechtelijk aansprakelijk kan zijn. Het bezwaar dat een niet BIG-geregistreerd bestuurder of

---

300 Van Griensven 2009.

301 Artikel 98, lid 1, Wet op het Notarisambt luidt als volgt:

"*Notarissen en kandidaat-notarissen zijn aan tuchtrechtspraak onderworpen terzake van enig handelen of nalaten in strijd met hetzij enige bij of krachtens deze wet gegeven bepaling of een op deze wet berustende verordening, hetzij met de zorg die zij als notarissen of kandidaat-notarissen behoren te betrachten ten opzichte van degene te wier behoeve zij optreden en terzake van enig handelen of nalaten dat een behoorlijk notaris of kandidaat-notaris niet betaamt.*"

manager niet onder het tuchtrecht valt en daarmee ongelijkheid zou ontstaan, overtuigt niet. Die tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid is immers de consequentie van het feit dat de bestuurder zich in zijn functie-uitoefening bedient van een wettelijk beschermde titel die valt onder het regime van artikel 3 Wet BIG.

Wat betreft de mogelijkheid om een tuchtrechtelijke procedure te starten tegen een samenwerkingsverband van BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren (bijv. een maatschap) bevelen wij aan eerst ervaring op te doen met de voorgestelde bevoegdheid van het tuchtcollege om de klacht aan te vullen of te wijzigen. Langs die weg kunnen, onder handhaving van het beginsel van individuele tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid, ook die beroepsbeoefenaren in de tuchtrechtelijke procedure worden betrokken tegen wie de aanvankelijke klacht niet is ingediend, maar die wel een belangrijke schakel in de toedracht hebben gevormd.

6.7.7 Tuchtrechtelijke maatregelen

Met grote regelmaat overweegt de tuchtrechter bij het opleggen van de maatregel waarschuwing dat deze het karakter heeft van een zakelijke terechtwijzing die de onjuistheid van een handelwijze naar voren brengt zonder daarop het stempel van laakbaarheid te drukken. Daarbij wordt als bron nogal eens verwezen naar de parlementaire geschiedenis.[302] Ook de minister heeft deze interpretatie overgenomen en het standpunt ingenomen "*Bij de maatregel van waarschuwing is geen sprake van verwijtbaar gedrag*".[303]

De werkelijkheid van de tuchtrechtspraak is echter anders. In vrij veel tuchtrechtelijke beslissingen waarin een waarschuwing is opgelegd wordt wel degelijk de beroepsbeoefenaar, vaak in niets aan duidelijkheid te wensen overlatende bewoordingen, de laakbaarheid van zijn professioneel handelen voorgehouden. Dit wordt bevestigd in een exploratief onderzoek dat wij hebben uitgevoerd aan de hand van de eerder gepubliceerde jurisprudentie.[304] Dat heeft geleid tot het volgende overzicht van casus waarin een waarschuwing is opgelegd, maar tevens in ondubbelzinnige bewoordingen de laakbaarheid van het medisch handelen tot uitdrukking wordt gebracht.

Ten aanzien van een orthopedisch chirurg:

302 Zie bijvoorbeeld de beslissing van RTG Zwolle 17 mei 2013, *LJN* YG2906 waarin het tuchtcollege "*volstaat dan ook met een waarschuwing en tekent daarbij aan dat een dergelijke maatregel ingevolge de memorie van toelichting, Kamerstukken II 1985/86, 19522, nr. 3, p. 76, een zakelijke terechtwijzing is die de onjuistheid van een handelwijze naar voren brengt zonder daarop een stempel van laakbaarheid te drukken*".

303 *Kamerstukken II* 2011/12, 33 000 XVI en nr. 168 (verslag van een schriftelijk overleg naar aanleiding van de brief van de minister van VWS van 1 maart 2012 inzake tuchtrecht voor beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg).

304 Het betreft de eerder onder leiding van J.H. Hubben gepubliceerde bewerking van jurisprudentie op het terrein van de specialismen gynaecologie, huisartsgeneeskunde en chirurgie, gepubliceerd in de volgende boekuitgaven: Van Leusden, Vervest & Hubben 2005, Van Leusden, Jongerius & Hubben 2008 en Bulstra, Wiggers & Hubben 2008.

"Ad. 2: Bij het poliklinisch onderzoek in juli had de orthopedisch chirurg alvorens tot een diagnose te komen en tot behandeling over te gaan een zorgvuldiger anamnese moeten afnemen en het dossier moeten inzien. De arts is hierin verwijtbaar tekortgeschoten. Indien hij dit wel had gedaan zou de voorgeschiedenis *met dystrofie naar voren zijn gekomen. Een invasieve ingreep zou dan niet voor de hand gelegen hebben."*[305]

Ten aanzien van een chirurg:

"De chirurg heeft de resultaten van de radiologische onderzoeken met patiënte besproken en heeft bij zijn lichamelijk onderzoek van patiënte niets verontrustends aangetroffen maar hij heeft de resultaten van de radiologische *onderzoeken en van het lichamelijk onderzoek niet per brief aan de huisarts medegedeeld. Daardoor is onduidelijkheid ontstaan voor de huisarts, wie nu verantwoordelijk was voor patiënte. Als gevolg daarvan heeft niemand verantwoordelijkheid genomen voor de herhaling van de mammografie zes maanden na de eerste mammografie conform het advies van de radioloog. Die verantwoordelijkheid kan naar de mening van het college niet op de schouders van patiënte gelegd worden. Nu patiënte tussen het constateren van de tepeluitvloed en het consult bij de chirurg tot driemaal toe contact heeft gehad met het ziekenhuis van de chirurg zonder dat de huisarts direct bemoeienis met patiënte had en nu patiënte gebruik heeft gemaakt van de twee jaar eerder door de chirurg uitgereikte verwijsbrief voor het maken van de mammografie en de echo in juni twee jaar later, had de chirurg de resultaten van deze radiologische onderzoeken in juni en van zijn lichamelijk onderzoek tijdens het consult in juli per brief aan de huisarts moeten mededelen en zo de verantwoordelijkheid voor de medische behandeling van patiënte aan de huisarts moeten overdragen."*[306]

Ten aanzien van een chirurg:

"Het is de chirurg zwaar aan te rekenen dat hij een relatief eenvoudige operatieindicatie onjuist heeft gesteld."[307]

Ten aanzien van een orthopedisch chirurg:

"Bij het aanbrengen van *een inwendig korset, zoals dat door de orthopedisch chirurg in tweede instantie aan patiënt was voorgesteld en waarmee patiënt had ingestemd, is een fout gemaakt. Twee pedikelschroeven zijn foutief geplaatst, waardoor een tweede ingreep nodig was. De gevolgen voor patiënt waren ingrijpend: langdurige bedrust, een langdurige revalidatie en volgens patiënt, thans nog psychologische begeleiding omdat*

305 Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, casus I 7.

306 Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, casus I 28.

307 Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, casus I 30.

> *hij een en, ander nog niet heeft kunnen verwerken. Die foutieve ingreep valt verweerder ernstig te verwijten."*

en

> *"De orthopedisch chirurg* heeft *een aanzienlijk risico genomen met voor patiënt zeer onaangename gevolgen."*[308]

Ten aanzien van een chirurg:

> *"De postoperatieve zorg echter, waarvoor de chirurg in ieder geval mede-verantwoordelijkheid heeft gedragen als behandelaar nu hij ter zitting heeft verklaard patiënte op de intensive care dagelijks te hebben gezien* en *hij niet de zorg aan een andere (hoofd)behandelaar heeft overgedragen, is onvoldoende geweest."*
>
> *"Gal in de buikholte is een bekende complicatie na een dergelijke operatie waarbij direct moet worden ingegrepen. Dat de echoscopie wellicht mede als gevolg van de adipositas van de patiënte geen duidelijke indicatie opleverde, was geen reden tot afwachten gegeven de verslechterende klinische toestand. In de periode vanaf drie dagen na de operatie tot aan de tweede operatie, negen dagen na de eerste operatie, is een verslechtering in de toestand van de patiënte opgetreden, met alle nadelige gevolgen van dien, die vermeden had kunnen worden door tijdig en adequaat operatief in te grijpen op geleide van het klinische beeld."*[309]

Ten aanzien van een chirurg:

> *"Het toepassen van een medicinale behandeling of het achterwege laten van behandeling was niet alleen in dit geval de optimale behandeling, maar het kiezen voor een zo ingrijpende operatie als is uitgevoerd zonder de optimale behandelingen zelfs maar te overwegen is een handelwijze die niet meer binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening past. De overbodigheid van de ingreep maakt het overlijden van patiënte zeer tragisch."*[310]

Ten aanzien van een chirurg:

> *"In ten minste twee van de drie gevallen heeft de chirurg gehandeld buiten medeweten van de betreffende patiënten. Deze patiënten hebben hun weefsel niet aan verweerder ter beschikking gesteld, noch hebben zij ermee ingestemd dat verweerder hun weefsel mee naar huis nam voor het africhten van reddingshonden. Verweerder heeft deze*

308 Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, casus I 34.

309 Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, casus I 51.

310 Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, casus I 77.

patiënten ook na afloop van de operatie niet om hun instemming gevraagd of ingelicht om aldus de mogelijkheid te bieden daartegen bezwaar te maken. Het college is op grond van het bovenstaande van oordeel dat verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorgvuldigheid die hij als arts tegenover de patiënt behoort te betrachten."[311]

Ten aanzien van een plastisch chirurg:

"De plastisch chirurg heeft verwijtbaar gehandeld nu hij een verdergaande operatie heeft uitgevoerd dan met klager is besproken *en waarvoor deze toestemming had gegeven, onvoldoende nazorg heeft geboden en sprake is van een gebrekkige dossiervorming. Het college acht de klacht op deze onderdelen dan ook gegrond."*[312]

Over een andere plastisch chirurg:

"In de brief van de Geneeskundige hoofdinspecteur van de Volksgezondheid en de Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid voor de *Geneesmiddelen worden onder andere de plastisch chirurgen opgeroepen om klachten van vrouwen ten gevolge van een siliconenprotheses nauwkeurig te onderzoeken met speciale aandacht voor fibrosering en autoimmuunfenomenen en eventuele complicaties te melden. Klaagster heeft na haar borstcorrectie de spreekuren van verweerder veelvuldig bezocht vanwege pijn- en andere medische klachten. Klaagster voldeed daarmee aan de criteria genoemd in de brief van de Hoofdinspectie van de Volksgezondheid. Zij meende immers klachten te hebben van haar siliconenborstprothese. Dit had voor de plastisch chirurg reden moeten zijn om de klachten op geleide van voornoemde brief nauwkeurig te onderzoeken, ongeacht of hij de ernst van de klachten verkeerd inschatte. Van enig gericht onderzoek in die zin is echter niet gebleken. De plastisch chirurg heeft dus de oproep van de Hoofdinspectie niet serieus heeft genomen. Dit handelen achtte het college in strijd met de zorg die de plastisch chirurg dient te betrachten, hetgeen hem tuchtrechtelijk dient te worden verweten."*[313]

Ten aanzien van een huisarts:

"Onder deze omstandigheden is het niet afleggen van een visite laakbaar. Dat geldt ook voor het feit dat de arts geen aantekeningen *heeft gemaakt van het telefonisch consult."*[314]

Over een gynaecoloog:

---

311 Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, casus II 12.

312 Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, casus I 90.

313 Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, casus I 54.

314 Van Leusden, Jongerius & Hubben 2008, casus I 1.

> *"Een dergelijk falen moet op zichzelf al worden aangemerkt als een tekortkoming, maar het is vooral de wijze waarop de gynaecoloog met deze organisatorische omissie in zijn praktijk is omgegaan, die het college zeer* verwijtbaar *acht. Van de gynaecoloog had mogen worden verwacht dat hij ten spoedigste opening van zaken zou geven aan patiënte. Hij heeft dat nagelaten en patiënte niet, althans zeer onvoldoende begeleid in de voor patiënte zeer belastende situatie, die onder zijn verantwoordelijkheid was ontstaan."*[315]

Ten aanzien van een huisarts:

> *"Niet alleen is de temperatuur niet gemeten, ook is ondanks de zeer lage bloeddruk geen anamnese afgenomen. Het college is van oordeel dat de arts in deze onzorgvuldig en verwijtbaar heeft gehandeld."*[316]

Dit overzicht van jurisprudentie wettigt de conclusie dat het beleid van de tuchtcolleges bij het opleggen van een waarschuwing, de meest frequent opgelegde maatregel, onvoldoende consistent is. De verwijtbaarheid van het professioneel handelen wordt immers met regelmaat aan het opleggen van een waarschuwing ten grondslag gelegd. Dit betekent ook dat in de praktijk van de rechtspraak de afstand tussen waarschuwing en berisping in de praktijk veel kleiner is dan wordt gesuggereerd door tuchtcolleges en minister.

Op grond hiervan[317] doen wij de aanbeveling dat de tuchtcolleges, aan de hand van een uit te voeren jurisprudentie-onderzoek, het beleid inzake het opleggen en motiveren van maatregelen verhelderen door criteria en normen op te stellen, vergelijkbaar met de werkwijze zoals die op het terrein van de straftoemeting bestaat. Ook voor het draagvlak voor het tuchtrecht onder beroepsbeoefenaren is deze transparantie van belang. Daarbij is ook het volgende aspect van belang.

Nu, blijkens de uitkomsten van het zojuist beschreven exploratief onderzoek, de afstand tussen waarschuwing en berisping feitelijk betrekkelijk klein blijkt te zijn, is het moeilijker te rechtvaardigen dat sinds kort aan het opleggen van een berisping verstrekkende publicitaire gevolgen voor de beroepsbeoefenaar worden verbonden die achterwege blijven bij het opleggen van een waarschuwing. Dat is ook voor beroepsbeoefenaren niet goed te begrijpen. Daarbij moet er rekening mee worden gehouden dat de medio 2012 ingegane maatregel van publicatie bij oplegging van een berisping tot gevolg zal hebben dat de tuchtcolleges nog meer dan thans het geval is, bij de keuze van een maatregel de voorkeur zullen geven aan de waarschuwing. Sinds genoemde datum wordt in het BIG-register aantekening gemaakt van de berisping en wordt de betrokken hulpverlener met naam en toenaam in de regionale pers bekend gemaakt onder aanduiding van de kern van het gegrond bevonden deel van de klacht. Omdat, zoals van de zijde van de tuchtcolleges in deze evaluatie is

---

315 Van Leusden, Vervest & Hubben 2005, casus I 38.

316 Van Leusden, Vervest & Hubben 2005, casus I 55.

317 Zie uitspraak Centraal Tuchtcollege van 27 november 2012, *GJ* 2013, 1, nr. 4 (m.n. J.H. Hubben) en uitspraak Centraal Tuchtcollege van 18 juni 2013, *GJ* 2013, nr. 7 (m.n. J.H. Hubben).

bevestigd, de publicitaire effecten van een maatregel op de betrokken beroepsbeoefenaar door de tuchtrechter worden meegewogen bij de keuze van de op te leggen maatregel, moet er rekening mee worden gehouden dat het aantal gevallen waarin een berisping wordt opgelegd zal dalen, waardoor het onderscheid tussen waarschuwing en berisping nog verder zal vervagen.

6.7.8 Toezicht tenuitvoerlegging maatregelen en arsenaal aan maatregelen

Een andere vraag die is opgekomen, is of er reden is het arsenaal tuchtrechtelijke maatregelen uit te breiden of te verfijnen. Wij menen dat er aanleiding is tot wettelijke regeling van de mogelijkheid dat het tuchtcollege een gegrondverklaring zonder oplegging van een maatregel uitspreekt. In de jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege is deze modaliteit inmiddels aanvaard, maar ontbeert een wettelijke regeling.[318] Aanbevolen wordt om een regeling van de gronden hiervoor te treffen op dezelfde wijze als in het veterinair tuchtrecht (artikel 8.32 Wet Dieren). Door het ontbreken van een wettelijke regeling ontbeert de beroepsbeoefenaar die door dit oordeel wordt getroffen de mogelijkheid om hoger beroep in te stellen. In die leemte behoort te worden voorzien, zodat in geval van een gegrondverklaring zonder oplegging van een maatregel – waarmee immers een oordeel over het handelen van de betrokken hulpverlener wordt uitgesproken - de mogelijkheid van appèl wordt geopend. Ook de tuchtcolleges hebben op het belang hiervan gewezen.

Verder verdient aandacht de regeling van het toezicht op de naleving van de voorwaardelijke schorsing, de schorsing en de ontzegging (zie artikel 86 Regeling toezicht BIG jo artikel 97 tot en met 100). Aangenomen wordt dat de voorwaarden die kunnen worden opgelegd bij een schorsing beogen om de betrokken beroepsbeoefenaar de kans te geven om een bepaalde situatie op te heffen of te verbeteren. Het meest voor de hand liggende voorbeeld hiervan is het volgen van aanvullende scholing. Daarnaast komt regelmatig voor de voorwaarde dat de betrokken beroepsbeoefenaar zich gedurende de proeftijd niet schuldig maakt aan nader door het tuchtcollege in de beslissing genoemde gedragingen, bijvoorbeeld seksuele intimiteiten. Het toezicht op de naleving hiervan – en meer in het algemeen op de tenuitvoerlegging van tuchtrechtelijke uitspraken – is echter nog steeds niet goed geregeld. Ook de tuchtcolleges hebben in het kader van deze evaluatie op deze leemte in het toezicht op de tenuitvoerlegging gewezen. Dit heeft tot gevolg dat uitspraken van de tuchtrechter in de praktijk aan kracht verliezen. Daarbij past het voornemen van de minister de wet aan te passen zodat het tuchtrecht ook tijdens een opgelegde tuchtrechtelijke schorsing van toepassing is. [319] Wij bevelen aan dit toezicht ondubbelzinnig bij wet op te dragen aan de IGZ. Dat geeft de IGZ ook de vereiste basis om – zoals de minister heeft aangekondigd in kabinetsreactie op de onderzoeksrapporten IGZ "beroepsbeoefenaren *die handelen in strijd met een opgelegde schorsing aan te pakken, bijvoorbeeld via bestuursrechtelijke handhaving*".[320] De door de minister geopperde

318 Uit de jaarverslagen van de tuchtcolleges blijkt bijvoorbeeld dat het Centraal Tuchtcollege in 2008 drie keer voor deze modaliteit koos. Recente voorbeelden zijn Centraal Tuchtcollege 6 juni 2013, *LJN* YG (nr. C2012.353) en 11 juni 2013, *LJN* YG2982 (C. 2012. 355).

319 Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer van 16 juli 2013 (kenmerk 132681 - 106928 – MEVA).

320 Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer van 15 februari 2013, m.n. par. 1.2 (kenmerk MC-U-3154798).

mogelijkheid om de IGZ de mogelijkheid te geven om, "*nog voordat een tucht- of strafzaak is gestart*" de mogelijkheid te geven "*direct een beroepsverbod* " op te leggen, stuit bij de IGZ op bezwaren. Daartegen wordt ingebracht dat gezien het ingrijpende karakter van een dergelijke maatregel deze behoort te worden voorbehouden aan de rechter zodat de procedure met de vereiste rechtswaarborgen is omgeven. Bij de besluitvorming hierover moet worden betrokken dat de minister voornemens is om artikel 87a (bevelsbevoegdheid van de IGZ) te schrappen uit de Wet BIG. In dat verband heeft de minister ook aangekondigd om de tuchtrechter de bevoegdheid te geven om te bepalen dat in geval van ontzegging van de bevoegdheid de betrokken beroepsbeoefenaar ook niet meer in opdracht van een BIG-geregistreerde voorbehouden handelingen mag uitvoeren. Bij het ter perse gaan van dit evaluatierapport was nog geen wetsvoorstel ter zake ingediend.

Bij de uitbreiding van het arsenaal aan maatregelen past het voornemen van de Minister van VWS om het tuchtcollege de bevoegdheid te geven om een beroepsbeoefenaar direct te schorsen bij wijze van voorlopige voorziening wanneer sprake is van een ernstig vermoeden van handelen of nalaten waardoor het volksgezondheidsbelang ernstig wordt geschaad of ernstig dreigt te worden geschaad.[321] Wij menen dat de bevoegdheid tot het doen van een dergelijk ingrijpend verzoek aan de IGZ moet worden voorbehouden. Daarbij dient te worden bepaald dat deze voorlopige voorziening in beginsel geschiedt voor de duur van de tuchtprocedure die binnen twee weken aanhangig moet worden gemaakt op straffe van verval van de voorziening en die het karakter heeft van een spoedprocedure als bedoeld in artikel 65, lid 6 Wet BIG. Deze voorlopige voorziening zou naar onze mening de rechtspositie van de beroepsbeoefenaar eerder versterken dan dat de IGZ tot een bestuursrechtelijke maatregel wordt gedwongen, met voor de beroepsbeoefenaar slechts een rechtsingang via een ongespecialiseerde rechter.[322]

321 Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer van 16 juli 2013 (kenmerk 132681 - 106928 – MEVA).

322 Legemaate 2009. Anders Hendriks 2010.

7

Strafrecht

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat het vervolgingsbeleid van het openbaar ministerie (OM) op de strafbepalingen uit de Wet BIG (en in bredere zin *medische* zaken) centraal. Eerst wordt in paragraaf 7.2 aangegeven wat de doelstelling van het strafrecht in de Wet BIG is. Daarna wordt het vervolgingsbeleid van het OM alsmede het beleid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), instellingen en zorgverzekeraars op dit terrein besproken (paragraaf 7.3). Daarna is aangegeven hoe vaak strafrechtelijke vervolging sinds oprichting van het Expertisecentrum Medische Zaken (EMZ) in 2001 heeft plaatsgevonden en welke jurisprudentie er is over strafvervolging op basis van artikel 96 Wet BIG (paragraaf 7.4). In paragraaf 7.5 staan de opvattingen van beroepsbeoefenaren, instellingen, leden van de tuchtcolleges en advocaten over het strafrecht centraal. Daarbij wordt onder andere ingegaan op de vraag of strafrechtelijke vervolging voldoende wordt ingezet en de rol van het strafrecht bij niet-reguliere behandelaars. In 7.6 volgt een analyse van de empirie. Vervolgens worden in paragraaf 7.7 knelpunten geconstateerd en in paragraaf 7.8 voorstellen gedaan aan de hand van de thema's strafbepalingen, niet reguliere behandelaars en samenwerking tussen de IGZ en het OM.

7.2 Strafrecht in de Wet BIG

Hoofdstuk X van de Wet BIG bevat de strafbepalingen. Op grond van artikel 96 kan een beroepsbeoefenaar die niet is ingeschreven in het BIG-register, hetzij wel is ingeschreven in dat register maar buiten zijn deskundigheidsgebied treedt, en bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, strafrechtelijk vervolgd worden. De strafbepalingen in artikel 97-100 betreffen het opleggen van een bestuurlijke boete door de IGZ. De strafbaar gestelde feiten leiden tot een overtreding, met uitzondering van artikel 96 lid 2; als de beroepsbeoefenaar weet of ernstige reden heeft om te vermoeden dat hij schade of een aanmerkelijke kans op schade veroorzaakt aan de gezondheid van een ander, wordt het strafbare feit aangemerkt als een misdrijf.

In de Wet BIG is een aantal waarborgen opgenomen om de burger te beschermen tegen ongekwalificeerde beroepsuitoefening. Doelstelling van de strafbepalingen is dan ook om de ongekwalificeerde die schade of een aanmerkelijke kans daarop doet ontstaan, te kunnen vervolgen.

Artikel 96 is daarbij met name gericht op degene die niet is ingeschreven in het BIG-register (zowel de reguliere beroepsbeoefenaren als de niet-reguliere behandelaars), maar eveneens op de geregistreerde die buiten zijn eigen deskundigheidsterrein handelt.

Sedert de eerste evaluatie van de Wet BIG in 2002 – waaruit bleek dat er vrijwel geen strafzaken op basis van de Wet BIG in de eerste vijf jaar na inwerkingtreding daarvan aanhangig waren gemaakt – kunnen twee relevante ontwikkelingen worden geconstateerd.

In de eerste plaats is het OM zich in toenemende mate gaan toeleggen op de behandeling van medische strafzaken, hetgeen eind 2001 resulteerde in de oprichting van het EMZ. Naast de mondelinge afspraken over een betere afstemming kwam later de OM-Aanwijzing medische zaken[323] tot stand die op 1 november 2010 in werking trad. De hierin neergelegde beschrijving van de werkwijze is te beschouwen als een leidraad voor de behandeling van medische zaken door het OM. Van belang is tevens dat het OM in protocollen vastgelegde werkafspraken heeft gemaakt met de IGZ aangaande geregelde samenwerking en betere informatie-uitwisseling (2011), terwijl ook met medische organisaties (o.a. met de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en regionale zorginstellingen) overleg plaatsvindt.

In de tweede plaats kan worden vastgesteld dat het aantal in behandeling zijnde medische strafzaken toeneemt. Hierbij gaat het over de vraag in hoeverre een (vermijdbaar) medisch incident tevens een vermoeden van een strafbaar feit oplevert, een vraag die steeds aan het EMZ pleegt te worden voorgelegd.

7.3 Beleid van verschillende instanties

Hieronder is beschreven hoe het vervolgingsbeleid van het OM is vormgegeven en het beleid van de IGZ, zorginstellingen en zorgverzekeraars wanneer sprake is van een strafbaar feit gepleegd door beroepsbeoefenaren.

7.3.1 Openbaar Ministerie

Sinds eind 2001 wordt de strafvervolging van medische zaken begeleid en gecoördineerd door het EMZ. Het EMZ is gevestigd bij het Rotterdamse arrondissementsparket en beoogt verdere specialisatie in medische strafzaken te bewerkstelligen. Het EMZ biedt begeleiding aan de medisch officieren van justitie van de arrondissementsparketten bij concrete zaken en verzorgt scholing. Daarnaast onderhoudt het EMZ namens het OM contact met de IGZ.

Binnen het OM worden medische zaken behandeld door medisch officieren. Elk arrondissement heeft tegenwoordig minimaal één medisch officier. Dat is een belangrijke verandering ten goede. Zaken worden voorbereid door de medisch officier van justitie van het arrondissementsparket waar aangifte

---

323 Aanwijzing feitenonderzoek/strafrechtelijk onderzoek en vervolging in medische zaken (2010AOgh), in werking getreden op 1 november 2010, gepubliceerd op de website van het OM (www.om.nl). Zie over deze aanwijzing o.a. Hubben 2011.

wordt gedaan. De medisch officier legt de toetsing aan het EMZ voor, waarna het EMZ gedurende de vervolging begeleiding biedt bij het opstellen van de tenlastelegging, het requisitoir en de strafeis.

Het OM is bij de vervolging afhankelijk van de aangiften die binnenkomen en de meldingen van de gemeentelijke lijkschouwer wanneer sprake is van niet-natuurlijk overlijden. Vervolgens wordt gekeken of deze aangifte of melding leidt tot een vermoeden van een strafbaar feit en wordt gekeken of het nodig is om nader feitenonderzoek te verrichten.

7.3.2 IGZ

Het OM en de IGZ hebben afspraken gemaakt over de samenwerking tussen beide organisaties waar het gaat om de samenloop bij toezicht en opsporing, de informatie- en de deskundigheidsuitwisseling. Dit is vastgelegd in een samenwerkings- en informatieprotocol[324], dat op 1 maart 2009 in werking is getreden. Er is onder andere afgesproken dat wanneer sprake is van een zogenoemde *medische* strafzaak, de IGZ dit meldt aan het EMZ, waarna het EMZ de zaak overdraagt aan het verantwoordelijke arrondissementsparket. Voor de beoordeling of sprake is van een medische zaak wordt de volgende definitie gebruikt:

> "*Een medische strafzaak is een zaak waarin het medisch handelen of nalaten van een persoon die werkzaam is in de (geestelijke) gezondheidszorg of de niet-reguliere gezondheidssector een redelijk vermoeden oplevert van schuld aan enig strafbaar feit zoals bedoeld in artikel 27 Sv."*[325]

Wanneer twijfel bestaat of sprake is van een medische strafzaak, wordt dit door de IGZ met het EMZ besproken. Daarnaast geldt hetzelfde voor het OM; wanneer er sprake is van een mogelijke medische strafzaak, wordt dit aan de IGZ gemeld.

Voorts is in het protocol opgenomen dat de IGZ en het OM elkaar informeren over de voortgang, het eindoordeel en de uitvoering van dat eindoordeel, waarbij er op casusniveau overleg plaatsvindt tussen beide partijen. Hoewel het protocol sinds 2009 geldt, bestaat er nog steeds onvoldoende goede - inhoudelijke - afstemming tussen de IGZ en het OM. Er bestaat met name onduidelijkheid wanneer een zaak gemeld moet worden bij het OM, waardoor meldingen nauwelijks of naar de mening van het OM te laat worden doorgegeven door de IGZ. Zie hiervoor verder paragraaf 7.7.3.

7.3.3 Aangiftebeleid in zorginstellingen

Iedereen kan aangifte doen tegen disfunctionerende beroepsbeoefenaren. Hiervoor is besproken wanneer de IGZ aangifte doet, maar ook patiënten, instellingen, beroepsbeoefenaren en

---

324 *Kamerstukken I* 2008/09, 31 122. nr H.

325 Aanwijzing feitenonderzoek / strafrechtelijke onderzoek en vervolging in medische zaken, *Stcrt*. 2012, 26 863. Eveneens vastgelegd in het samenwerkings- en informatieprotocol van het OM en de IGZ, in werking getreden op 1 maart 2009.

zorgverzekeraars kunnen aangifte doen van een strafbaar feit zoals dood door schuld of het toebrengen van schade aan een patiënt.

In het vragenlijstonderzoek is gevraagd naar het beleid van instellingen over het doen van aangifte van strafbare feiten. In veel gevallen blijken zorginstellingen beleid opgesteld te hebben. Zie hiervoor de onderstaande tabel.

Tabel 7.1: Heeft uw instelling beleid ontwikkeld over het doen van aangifte van strafbare feiten gepleegd door een beroepsbeoefenaar tijdens de uitoefening van de gezondheidszorg?

	ZK N=43	VPH N=27	PK N=24	GGZ N=35	TZ N=24	IVB N=26
Ja	75%	82%	88%	56%	79%	62%
Nee	16%	11%	4%	31%	17%	27%
Weet niet	9%	7%	8%	11%	4%	12%

Bron: enquête zorginstellingen Pro Facto

In particuliere klinieken, verpleeghuizen, ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties is vaak beleid vastgesteld (variatie 79% tot 88%). In instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en in de geestelijke gezondheidszorg is minder vaak beleid ontwikkeld over het doen van aangifte van strafbare feiten (62% respectievelijk 56%). Als toelichting wordt vaak aangegeven dat er aangifte wordt gedaan bij de politie. Ook wordt de IGZ genoemd door enkele instellingen.

7.3.4 Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben op initiatief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een gezamenlijke werkgroep ingesteld waarbinnen aandacht is voor strafrechtelijke veroordelingen en waar ook gevallen van aansprakelijkheid van beroepsbeoefenaren besproken worden. In dat kader hebben de zorgverzekeraars de afspraak gemaakt dat incidenten en veroordelingen met elkaar gedeeld worden.

In het kader van strafvervolgingen bij frauderende beroepsbeoefenaren is een convenant afgesloten tussen onder andere zorgverzekeraars (via brancheorganisatie ZN) en het OM.[326] Dit convenant beoogt in algemene zin een betere afstemming en coördinatie tussen de convenantpartijen. In geval van frauderende beroepsbeoefenaren wordt door de zorgverzekeraars het contract ontbonden. Volgens ZN is het ontbinden van het contract in geval van een disfunctionerende beroepsbeoefenaar moeilijker dan bij frauderende beroepsbeoefenaren, omdat de zorgverzekeraar daartoe een dossier

326 *Convenant houdende afspraken over de samenwerking in het kader van de verbetering van de bestrijding van zorgfraude: oprichting taskfore en bestuurlijk overleg integriteit zorgsector,* 2013. Het convenant is ondertekend door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nederlandse Zorgautoriteit, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst, Belastingdienst, Openbaar Ministerie en het Centrum Indicatiestelling Zorg.

moet opbouwen. Bij een frauderende beroepsbeoefenaar is het bewijs in de regel eenvoudiger te leveren.

7.4 Strafrechtelijke vervolging in de praktijk

7.4.1 Aantal strafrechtelijke vervolgingen

In deze paragraaf is opgenomen hoeveel medische zaken het OM in de afgelopen drie jaar heeft behandeld. Een klein deel van de medische zaken heeft als grondslag (mede) artikel 96 Wet BIG. De jurisprudentie van de afgelopen tien jaar wordt in paragraaf 7.4.2 behandeld.

Het OM is voor de behandeling van medische zaken afhankelijk van de meldingen en aangiften die binnenkomen. Aangifte kan gedaan worden door eenieder, bijvoorbeeld door andere beroepsbeoefenaren, door patiënten, zorginstellingen of door zorgverzekeraars. Daarnaast worden door de gemeentelijk lijkschouwer meldingen gedaan van niet natuurlijk overlijden waarbij een mogelijk verband bestaat tussen het overlijden en de verleende medische zorg. In onderstaande tabel is het aantal medische zaken opgenomen dat het OM de afgelopen drie jaar in onderzoek heeft gehad. Tabel 7.3 geeft weer hoe vaak dit onderzoek tot strafrechtelijke vervolging heeft geleid.

Tabel 7.2: Aantal medische zaken[327] 2010-2012

Jaartal	Aantal medische zaken in Rotterdam	Aantal medische zaken in de rest van het land (voor zover gemeld bij EMZ)	Totaal aantal medische zaken
2010	35	50	85
2011	19	50	69
2012	23	37	60

Bron: Expertisecentrum Medische Zaken, Openbaar Ministerie

Tabel 7.3: Aantal strafrechtelijke vervolgingen van medische zaken 2010-2012

Jaartal	Aantal medische zaken in Rotterdam	Aantal medische zaken in de rest van het land (voor zover gemeld bij EMZ)	Totaal aantal strafvervolgingen
2010	0	1	1
2011	0	2	2
2012	2	11	13

Bron: Expertisecentrum Medische Zaken, Openbaar Ministerie

327 Het OM telt een aangifte of melding als medische zaak wanneer deze melding of deze aangifte tot een vermoeden van een strafbaar feit leidt en er nader feitenonderzoek wordt uitgevoerd.

In de afgelopen drie jaar is een afname van het aantal medische zaken te zien. In 2010 zijn 85 zaken behandeld, in 2012 daalde dit tot 60. Het aantal zaken dat tot strafrechtelijke vervolging leidt is laag te noemen. De toename in 2012 (van twee strafvervolgingen in 2011 naar dertien in 2012) is opmerkelijk; het aantal aangiften en meldingen en het beleid van het OM zijn in deze periode niet veranderd. Als verklaring wordt gegeven dat in 2012 meer vooronderzoeken tot een afronding zijn gekomen. In verhouding levert de regio waarin het EMZ is gevestigd (Rotterdam) de meeste strafzaken; in andere regio's zijn de officieren kennelijk minder actief waar het om medische zaken gaat.

Het aantal aangiften/meldingen dat leidt tot onderzoek door het OM staat in een duidelijk contrast met het aantal patiënten dat volgens de onderzoeken van Nivel[328] jaarlijks te maken krijgt met potentieel vermijdbare zorggerelateerde schade. Volgens de laatste meting hebben ongeveer 38.600 patiënten in 2008 daarmee te maken gekregen. Daarnaast doen zich per jaar in de Nederlandse ziekenhuizen ongeveer 2000 gevallen van vermijdbare sterfte voor. In 2012 zijn 122 gevallen van niet-natuurlijke dood gemeld waarbij sprake was van een causaal verband met de medische behandeling. Op basis van deze meldingen en op basis van andere bronnen (zoals aangiften), behandelde het EMZ 113 zogenaamde "tegenspraakzaken", dat zijn zaken waarin de medisch officier van justitie het EMZ om advies vraagt met betrekking tot de te nemen beslissing omtrent al dan niet vervolgen.[329] Desondanks leidde dit in 2012 slechts tot een klein aantal gevallen van strafvervolging. Er zijn aanwijzingen dat het OM, zeker in ernstige zaken, krachtdadiger optreedt dan in het verleden het geval was.[330]

Ofschoon vermijdbare sterfte en vermijdbare schade in de gezondheidszorg zeker niet zonder meer tot strafrechtelijke vervolging behoeven te leiden, valt niet goed te verklaren dat het aantal aangiften en het aantal strafrechtelijke vervolgingen op dit terrein zo laag is.

De conclusie kan geen andere zijn dan dat, over de gehele linie bezien, de inzet van het strafrecht op medisch terrein slechts zeer incidenteel plaatsvindt.[331] Dit betreft niet alleen de vervolging van natuurlijke personen maar ook van rechtspersonen. Vervolging van een zorginstelling als rechtspersoon heeft slechts zeer incidenteel plaats gevonden. Voor zover kon worden nagegaan heeft dit zich sedert 2002 slechts in twee gevallen voorgedaan. Daarnaast is onlangs de strafrechtelijke vervolging van een academisch ziekenhuis als rechtspersoon (wegens het schenden van het medisch beroepsgeheim door het zonder toestemming van patiënten installeren van een groot aantal camera's op de afdeling Spoedeisende Hulp) met een transactie geëindigd (Eyeworks zaak).

Daarnaast valt op dat de strafvervolging van een individuele beroepsbeoefenaar vrijwel nooit alleen op artikel 96 Wet BIG wordt gebaseerd, maar nagenoeg altijd plaatsvindt in combinatie met de

---

328 Langelaan e.a. 2010, p.74.

329 *Terugblik 2012 en vooruitblik 2013*, jaarverslag OM 2012.

330 Rb Noord-Nederland zp Groningen 21 maart 2013, LJN BZ5022, GJ 2013.85 (m. nt. T.M. Schalken) en Rb. Noord-Holland 13 juni 2013, LJN CA2958.

331 Zie daarover ook Hubben 2007.

tenlastelegging van delictsomschrijvingen uit het commune strafrecht (zoals artikel 300 lid 4 Sr, benadeling van de gezondheid; artikel 307 Sr, dood door schuld; artikel 308 Sr, toebrengen zwaar lichamelijk letsel door schuld; artikel 255 Sr, iemand in hulpeloze toestand brengen of laten). Zaken met betrekking tot seksuele handelingen in een hulpverleningsrelatie worden, buiten het EMZ om, als zedenzaak door de zedenofficier behandeld.

Een algemene conclusie zou kunnen luiden dat het aantal daadwerkelijk bij de strafrechter aangebrachte zaken – dus afgezien van ingesteld vooronderzoek door politie of rechter-commissaris – geen evenredige tred houdt met de grote stijging van het aantal medische strafzaken dat aan het EMZ wordt voorgelegd, laat staan dat dit aantal in verhouding staat tot de affaires die zich de laatste jaren in zorginstellingen hebben voorgedaan en waarover uitgebreid in de media is bericht.

7.4.2 Jurisprudentie

Vervolging op basis van artikel 96 Wet BIG heeft slechts tot een beperkt aantal gepubliceerde uitspraken geleid.[332]

In de zaak OM/Eye4care gaf een niet-BIG-geregistreerd persoon zich bij gelegenheid uit voor arts en injecteerde terminale patiënten met acupunctuurnaalden en/of injectienaalden. Op grond van voorgewende deskundigheid en gemaakte prognoses over eventueel herstel heeft de verdachte bij menig cliënt, en vooral bij diens nabestaanden valse hoop gewekt. De verdachte kreeg een gevangenisstraf voor de duur van één maand onder voorwaarde opgelegd. De voorwaarde bestond er in dat dat de straf niet ten uitvoer zou worden gelegd, tenzij hij zich voor het einde van een proeftijd van 3 jaar schuldig maakt aan een strafbaar feit. Tevens werd hij veroordeeld tot betaling van een geldboete van € 500,-.[333]

De rechtbank Haarlem veroordeelde een ex-tandarts die patiënten behandelde ondanks doorhaling van de inschrijving in het BIG-register. De verdachte had gedurende het jaar 2007 handelingen verricht, terwijl hij wist dat hij niet meer bevoegd was aan tandartsen voorbehouden handelingen uit te voeren en/of terwijl hij wist, althans redelijkerwijs moest en kon vermoeden dat hij ten tijde van het uitvoeren van deze handelingen niet (meer) bekwaam was aan tandartsen voorbehouden handelingen uit te voeren.[334]

De rechtbank Zutphen achtte een verdachte schuldig die wist dat zij niet in het BIG-register stond ingeschreven, en niet was gediplomeerd als verpleegkundige niveau 4, maar zich toch had voorgedaan als voldoende opgeleid verpleegkundige niveau 4 van de huisartsenpost. Patiënten die verdachte om hulp hebben gevraagd, hebben daardoor geen juiste voorstelling van zaken gekregen, en als gevolg daarvan adviezen opgevolgd van een onbevoegde en – ook naar eigen zeggen –

---

332 Er zijn ook uitspraken waarin een beroep wordt gedaan op artikel 96 Wet BIG, maar waar dit artikel niet van toepassing is verklaard. Zie bijvoorbeeld HR 8 juli 1998, *NJ* 1998, 862.

333 Rb. Leeuwarden 23 december 2004, *LJN* AR8065.

334 Rb. Haarlem 12 september 2008, *TvGR* 2008, 8.

onbekwame verpleegkundige niveau 4. Verdachte heeft, aldus de rechtbank, geen rekening gehouden met de belangen van deze patiënten en evenmin met de gevolgen die zouden kunnen intreden. Zij heeft immers niet alleen het vertrouwen van de ouders van het slachtoffer (baby van 7 maanden die is overleden) beschaamd, maar evenzeer de lichamelijke integriteit van het menselijk lichaam van het slachtoffer ernstig miskend. De vrouw is strafbaar geoordeeld en heeft een voorwaardelijke gevangenisstraf van vijf maanden gekregen met een proeftijd van vijf jaar en een werkstraf van 160 uur.[335]

7.5 Opvattingen

In deze paragraaf zijn de opvattingen van beroepsbeoefenaren, leden van de tuchtcolleges en advocaten over het strafrecht opgenomen. Eerst worden in paragraaf 7.5.1 de meningen van beroepsbeoefenaren, leden van de tuchtcolleges en advocaten besproken waar het gaat om reguliere zorg. Daarna komen in paragraaf 7.5.2 de opvattingen van advocaten over niet-reguliere behandelaars aan de orde.

7.5.1 Opvattingen over reguliere beroepsbeoefenaren

Zoals uit het voorafgaande blijkt, wordt het strafrecht weinig ingezet om disfunctionerende beroepsbeoefenaren ter verantwoording te roepen. In de onderstaande tabellen zijn de opvattingen van beroepsbeoefenaren, leden van de tuchtcolleges en advocaten weergegeven over de bescherming die het strafrecht en het vervolgingsbeleid van het OM burgers bieden.

Tabel 7.4: Vindt u dat bij disfunctionerende beroepsbeoefenaren vaker strafrechtelijke vervolging zou moeten plaatsvinden?

% eens	A N=228	HK N=163	HA N=162	GY N=205	VK N=271	VP N=1254	VPS N=301	TA N=256	GZ N=350	MH N=208	KF N=162	Tucht N=150	Adv N=43
Nee, tuchtrecht is meer geschikt.	56%	61%	60%	77%	40%	48%	48%	42%	50%	37%	36%	61%	65%
Nee, er wordt al vaak genoeg strafrechtelijk vervolgd.	8%	14%	9%	8%	5%	5%	5%	11%	7%	4%	9%	9%	7%
Ja, strafrechtelijke vervolging zou vaker moeten plaatsvinden.	12%	10%	12%	6%	18%	21%	21%	18%	10%	25%	26%	11%	21%
Geen mening.	24%	14%	19%	9%	37%	27%	27%	30%	33%	34%	29%	19%	7%

Bron: enquête beroepsgroepen, tuchtcolleges en advocaten Pro Facto

335 Rb. Zutphen 9 november 2012, *NJFS* 2013, 24.

Tabel 7.5: In hoeverre bent u het met de volgende stellingen eens?

% eens	A N=228	HK N=163	HA N=162	GY N=202	VK N=269	VP N=1258	VPS N=300	TA N=255	GZ N=347	MH N=207	KF N=157
Burgers worden door de overheid onvoldoende beschermd tegen fouten van beroepsbeoefenaren.	14%	8%	10% (12%)	9% (12%)	21%	42%	23%	17%	22%	41%	28%
Het OM treedt voldoende op tegen alternatieve behandelaars die een aanmerkelijke schade aan de gezondheid veroorzaken.	20%	16%	20% (15%)	15% (10%)	23%	23%	23%	18%	—	—	16%

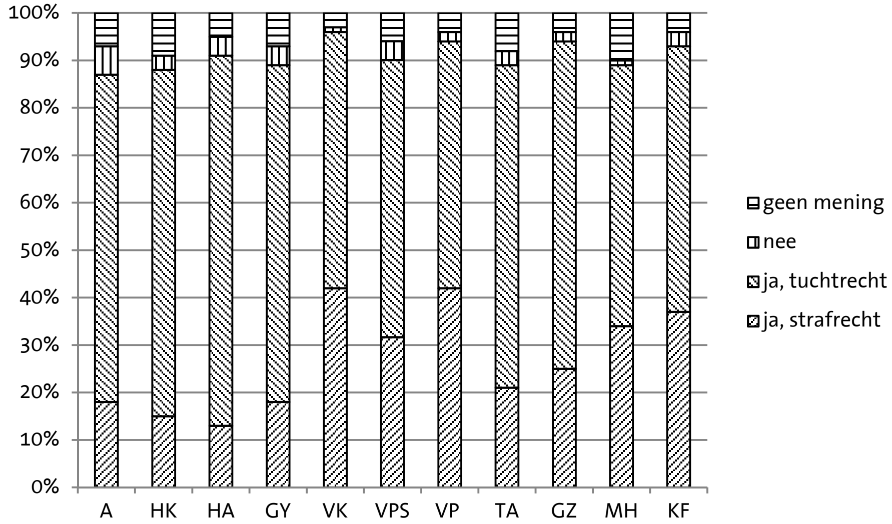
Bron: enquête beroepsgroepen Pro Facto

Bij de respondenten bestaat over het algemeen weinig behoefte aan meer frequente strafrechtelijke vervolging in geval van disfunctionerende beroepsbeoefenaren, al wordt ook niet aangegeven dat strafrechtelijke vervolging voldoende vaak plaatsvindt (variatie 4% tot 14%). Naar voren komt wel dat het tuchtrecht meer geschikt geacht wordt om disfunctionerende beroepsbeoefenaren ter verantwoording te roepen. Vooral arts-specialisten, leden van tuchtcolleges en advocaten zijn die opvatting toegedaan (variatie van 60% tot 77%).

Slechts een klein percentage van de beroepsbeoefenaren vindt dat de burger onvoldoende wordt beschermd tegen fouten van beroepsbeoefenaren, maar dat het OM voldoende optreedt vindt ook een laag percentage (variatie 16% tot 23%). Uitzondering daarop vormen de verpleegkundigen en mondhygiënisten; zij vinden veel vaker dat onvoldoende wordt opgetreden tegen fouten van beroepsbeoefenaren (42% en 41%). De opvattingen van beroepsbeoefenaren zijn in dit opzicht niet veranderd ten opzichte van de eerste evaluatie die in 2002 is uitgevoerd.

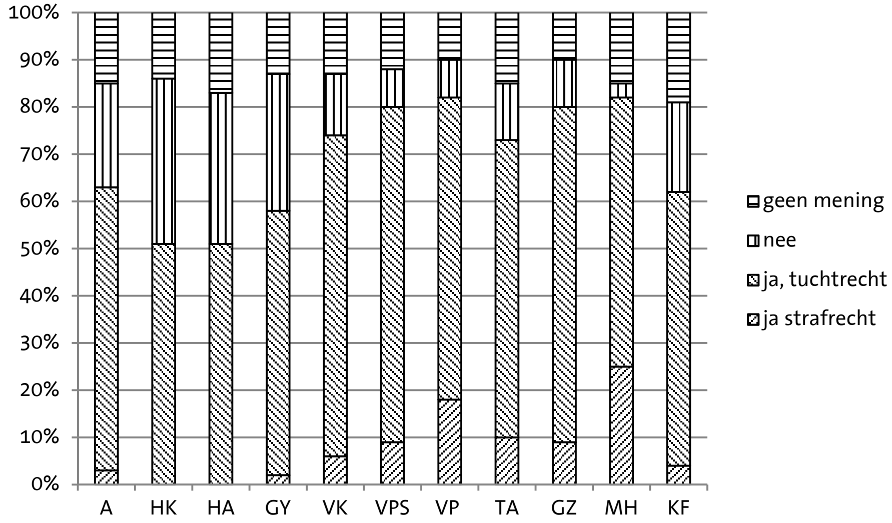
In het vragenlijstonderzoek is aan beroepsbeoefenaren, advocaten en leden van tuchtcolleges een aantal situaties voorgelegd, om te achterhalen of in deze situaties vervolging naar hun mening nodig is, en zo ja, of de vervolging via het strafrecht of via het tuchtrecht zou moeten plaatsvinden. In de onderstaande drie grafieken zijn drie situaties uitgelicht.

Figuur 7.1: Een huisarts is verslaafd aan alcohol, maar voert nog steeds full time zijn praktijk. Moet de beroepsbeoefenaar vervolgd worden, en zo ja, via het tuchtrecht of via het strafrecht?[336]



Bron: enquête beroepsgroepen, leden van de tuchtcolleges en advocaten Pro Facto

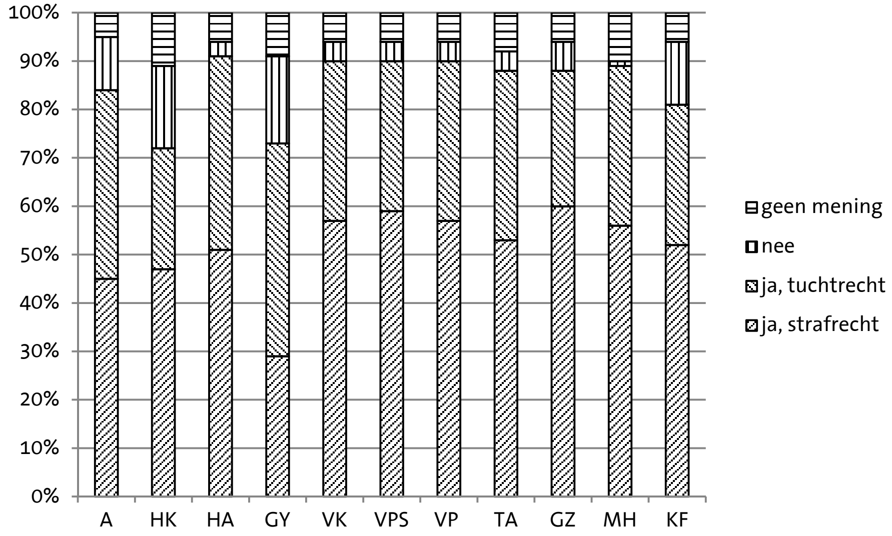
Figuur 7.2: Een specialist stelt een verkeerde diagnose, waardoor de patiënt overlijdt. Moet de beroepsbeoefenaar vervolgd worden, en zo ja, via het tuchtrecht of via het strafrecht?



Bron: enquête beroepsgroepen, leden van de tuchtcolleges en advocaten Pro Facto

336 Dezelfde stelling 'Een psychiater heeft een intieme relatie met meerdere van zijn patiënten' leidde tot vergelijkbare antwoorden.

Figuur 7.3: Doordat het instrumentarium in de OK niet goed functioneert (de onderhoudsbeurt is vanwege economische motieven geannuleerd), overlijdt de patiënt. Moet de beroepsbeoefenaar vervolgd worden, en zo ja, via het tuchtrecht of via het strafrecht?



Bron: enquête beroepsgroepen, leden van de tuchtcolleges en advocaten Pro Facto

In de situatie waar gevraagd is naar de (on)geschiktheid van een beroepsbeoefenaar voor de beroepsuitoefening, zoals de verslaving van een huisarts, blijkt het minst verdeeldheid te bestaan over de vraag of vervolging moet worden ingezet. Deze situatie is, meer dan de andere gevraagde situaties, gekoppeld aan het functioneren van één beroepsbeoefenaar, en er wordt dan ook in grote meerderheid gekozen voor het tuchtrecht als route voor vervolging. Verloskundigen, verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen kiezen iets vaker dan andere groepen beroepsbeoefenaren voor het strafrecht als correctiemechanisme. Van de arts-specialisten kiest ruim tweederde voor het tuchtrecht.

Minder eensgezindheid bestaat in het geval dat een specialist een verkeerde diagnose heeft gesteld. Daarbij blijkt circa de helft tot 18% niet overtuigd van de noodzaak om (hetzij langs strafrechtelijke, hetzij langs tuchtrechtelijke weg) te vervolgen (antwoord nee en geen mening), waarbij arts-specialisten het meest frequent van mening zijn dat dit niet nodig is. Bij deze vraag is door een aantal beroepsbeoefenaren aangegeven dat het afhankelijk is van de context van de situatie of wel of niet vervolgd moet worden. Het stellen van een verkeerde diagnose met als gevolg dat de patiënt overlijdt is dus op zichzelf niet voor alle beroepsbeoefenaren voldoende om tot vervolging over te gaan. Zeker onder arts-specialisten is dit niet vanzelfsprekend; 51% van de heelkundigen, 52% van de huisartsen en 58% van de gynaecologen vindt dat vervolging in een dergelijk geval nodig is. De respondenten die vinden dat vervolging nodig is, noemen met name het tuchtrecht als correctiemechanisme. Voor leden van tuchtcolleges en advocaten is vervolging hier veel meer vanzelfsprekend; 85% van de leden van tuchtcolleges en 95% van de advocaten vindt dat wanneer een patiënt is overleden ten gevolge van een verkeerde diagnose, vervolging nodig is via het tuchtrecht.

Het strafrecht is volgens de beroepsgroepen het meest geboden in de situatie waarin het instrumentarium in de OK niet goed functioneert (variatie 29% tot 60%). Ook een meerderheid van de leden van de tuchtcolleges is die mening toegedaan (51%). Gynaecologen vormen een uitzondering, zij kiezen hier vaker voor het tuchtrecht.

7.5.2 Opvattingen over niet-reguliere behandelaars

Advocaten is gevraagd naar de normen voor strafrechtelijke vervolging van niet-reguliere behandelaars. Die vervolging kan plaatsvinden op basis van artikel 96 Wet BIG, maar, zoals eerder aangegeven, ook op basis van delictsomschrijvingen die zijn neergelegd in het Wetboek van Strafrecht.

Tabel 7.8 Vindt u de norm in de Wet BIG voor strafrechtelijke vervolging van alternatieve behandelaars voldoende scherp?

% antwoorden aangevinkt	Advocaten patiënten N=21	Advocaten beroeps-beoefenaren N=14	Advocaten totaal N=43
Ja, de norm is voldoende scherp.	29%	50%	35%
Ja, de norm is voldoende scherp, maar er wordt niet voldoende opgetreden door het OM.	48%	14%	35%
Nee, de norm is niet scherp genoeg.	5%	21%	12%
Weet niet.	19%	14%	19%

Bron: enquête advocaten Pro Facto

Ruim tweederde van de advocaten vindt dat de norm voor strafrechtelijke vervolging (artikel 96) voldoende scherp is als het gaat om niet-reguliere behandelaars. De helft van de advocaten vindt dat hoewel de norm scherp genoeg is, niet voldoende wordt opgetreden door het OM. Advocaten die patiënten vertegenwoordigen vinden vaker dat de norm voldoende scherp is (77%), maar zijn ook vaker van opvatting dat niet voldoende door het OM wordt opgetreden (48%).

Door een groot deel van de advocaten is bevestigend geantwoord op de vraag of een strafrechtelijk gesanctioneerde zorgplicht voor niet BIG-geregistreerde niet-reguliere behandelaars in de Wet BIG moet worden geïntroduceerd; ruim tweederde is die opvatting toegedaan (zie hoofdstuk 2). Aan hen is gevraagd welke elementen een dergelijke zorgplicht zou moeten bevatten en in welke situaties schending van de zorgplicht aangenomen kan worden. In de onderstaande tabellen zijn de antwoorden opgenomen.

Tabel 7.9: Welke onderdelen dient een dergelijke zorgplicht voor niet BIG-geregistreerde alternatieve behandelaars te omvatten?

% antwoorden aangevinkt	Advocaten N=43
Een duidelijke, eerlijke en objectieve voorlichting aan de patiënt over diagnose en behandeling.	63%
Het gebruik van (maatschappelijk c.q wetenschappelijk) aanvaardbare methoden en technieken (conform de professionele standaard van de eigen beroepsgroep).	54%
Een plicht om te verwijzen naar de reguliere zorg, ook als de patiënt daar anders over denkt.	37%

Bron: enquête advocaten Pro Facto

Tabel 7.10: Schending van de zorgplicht vindt plaats als er verwijtbaar geen goede of verantwoorde zorg wordt verleend. Kan ook in de volgende gevallen een schending van de zorgplicht bij *niet* BIG-geregistreerde alternatieve behandelaars worden aangenomen?

% antwoorden aangevinkt	Advocaten patiënten N=21	Advocaten beroeps-beoefenaren N=13	Advocaten totaal N=41
Als de alternatieve behandelaar niet naar een reguliere arts verwijst indien dat medisch noodzakelijk is, zelfs als de patiënt daar anders over denkt.	95%	79%	91%
Als bij de alternatieve behandeling een reguliere arts betrokken is geweest.	48%	69%	56%
Als er geen concrete benadeling of schade aan de gezondheid (dan wel de kans daarop) kan worden vastgesteld.	29%	57%	43%

Bron: enquête advocaten Pro Facto

Door 63% van de advocaten wordt een duidelijke, eerlijke en objectieve voorlichting aan de patiënt over diagnose en behandeling gezien als onderdeel van een in de Wet BIG strafrechtelijk gesanctioneerde zorgplicht. Een plicht om te verwijzen naar de reguliere zorg wordt door slechts 37% gezien als onderdeel van een dergelijke zorgplicht. Uit tabel 7.9 blijkt dat het niet doorverwijzen naar een reguliere arts indien dat medisch gezien noodzakelijk is, wel wordt aangemerkt als schending van de zorgplicht vanwege het verwijtbaar niet verlenen van goede of verantwoorde zorg. Kennelijk wordt het minder belangrijk gevonden dat deze zorgplicht in de Wet BIG wordt opgenomen, maar het wordt wel als verwijtbaar handelen gezien.

Schending van de zorgplicht kan volgens advocaten ook worden aangenomen wanneer een reguliere arts betrokken is geweest bij de behandeling (56%) en zelfs wanneer geen concrete benadeling of schade aan de gezondheid kan worden vastgesteld (43%). Advocaten die overwegend voor

beroepsbeoefenaren optreden zijn hier terughoudender dan advocaten die overwegend patiënten vertegenwoordigen.

7.6 Analyse empirie

Het strafrecht wordt in de gezondheidszorg weinig frequent ingezet. Zonder af te doen aan het uitgangspunt dat het strafrecht ultimum remedium is, valt het lage aantal strafrechtelijke vervolgingen minder goed te begrijpen in het licht van het hoge aantal gevallen van vermijdbare sterfte in Nederlandse ziekenhuizen, het groeiende aantal meldingen van calamiteiten in de zin van artikel 4a Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) en het grote aantal gevallen van potentieel, vermijdbare, zorggerelateerde schade dat uit verschillende onderzoeken blijkt. Uit hoofdstuk 6 is gebleken dat de ernstige zaken, in de zin van een calamiteit als bedoeld in de KWZ, ook betrekkelijk weinig aan de tuchtcolleges worden voorgelegd.

Dat dit problematisch is blijkt onder andere uit de opvattingen van verpleegkundigen in dit onderzoek; een groot deel van hen vindt dat de overheid te weinig bescherming biedt tegen disfunctionerende beroepsbeoefenaren. Daarbij vinden de meeste beroepsbeoefenaren niet dat vaker strafrechtelijke vervolging moet plaatsvinden. Zij achten het tuchtrecht meer geschikt voor dit doel.

Vastgesteld moet worden dat in de zorgsector betrekkelijk zelden aangifte wordt gedaan en weinig meldingen zijn binnenkomen via de IGZ en de gemeentelijk lijkschouwer. Ofschoon de meeste zorginstellingen zeggen als beleid te hebben dat in geval van een strafbaar feit aangifte wordt gedaan, leidt dit in de praktijk niet tot veel aangiften. In hoofdstuk 6 is gebleken dat instellingen sterk de neiging hebben om bij ernstige medische fouten zelf op te treden in plaats van het doen van een melding bij de IGZ of een klacht bij een tuchtcollege aanhangig te maken.

Daarnaast is gebleken dat aangiften en meldingen bij het OM, slechts zelden tot strafrechtelijke vervolging leiden. In 2012 hebben de aangiften en meldingen 13 keer tot vervolging geleid, maar in de voorafgaande jaren was dit slechts één of twee keer het geval.

Disfunctionerende niet-reguliere behandelaars hebben duidelijker de aandacht van het OM. Bij de ondervraagde beroepsgroepen bestaat echter kritiek op het vervolgingsbeleid van het OM ten aanzien van niet-reguliere behandelaars; minder dan een kwart van de onderscheiden beroepsgroepen vindt dat het vervolgingsbeleid van het OM voldoende is. Ook advocaten vinden dat het vervolgingsbeleid van het OM voor verbetering vatbaar is. Advocaten vinden niet dat de strafrechtelijke norm van artikel 96 Wet BIG voldoende scherpte mist. Wel vindt ruim tweederde dat in de Wet BIG een extra norm zou moeten worden opgenomen die voorziet in een strafrechtelijk gesanctioneerde zorgplicht van de niet BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar.

7.7 Knelpunten in juridisch opzicht

Uit het onderzoek is gebleken dat, met name aan de zijde van het OM knelpunten worden ervaren die aan effectieve handhaving van de strafbepalingen in de Wet BIG, met name van artikel 96, in de weg staan.

7.7.1 Strafbepalingen

Ten aanzien van artikel 96 Wet BIG worden verschillende bezwaren gesignaleerd:

De kwalificatie als overtreding in plaats van misdrijf heeft twee procedurele gevolgen. Ten eerste een te korte verjaringstermijn (drie jaar), en ten tweede het feit dat de zaak moet worden voorgelegd aan de kantonrechter bij wie een medische zaak niet op zijn plaats is. De zaak is bijvoorbeeld vaak te omvangrijk, de kantonrechter is niet toegerust voor de zwaarte van de zaak, de kantonrechter bezit onvoldoende expertise en heeft nauwelijks gelegenheid voor nader onderzoek, zoals het horen van getuigen en deskundigen.

Voor de regulier werkende beroepsbeoefenaren is deze weg van strafvervolging feitelijk afgesneden, omdat een arts werkend in zijn beroep niet gauw 'buiten de grenzen van zijn gebied van deskundigheid' zal treden (lid 1 van artikel 96 en artikel 19 Wet BIG). Dit criterium is volgens het OM te ruim, zodat artsen en andere BIG-beroepsbeoefenaren eigenlijk alleen na een doorhaling of uitschrijving in het register op grond van artikel 96 Wet BIG vervolgd kunnen worden.

Het is moeilijk het bewijs tegen een rechtspersoon rond te krijgen, als deze op grond van artikel 96 Wet BIG vervolgd zou worden. Dat geldt ook voor de bestuurder of leidinggevende op grond van functioneel daderschap. Het aantonen van (voorwaardelijk) opzet vormt daarbij een belangrijke drempel.

Het OM heeft aangegeven dat het niet eenvoudig is om een deskundige te vinden die een onpartijdig advies in de zaak kan uitbrengen. Reden hiervoor is dat er vaak sprake is van specialismen die slechts in kleine getallen vertegenwoordigd zijn in Nederland. Soms zijn deskundigen al betrokken bij de zaak, waardoor zij niet meer als onafhankelijk deskundige advies uit kunnen brengen.

Ten slotte bestaat er een discrepantie tussen het 'benadelingscriterium' uit het commune strafrecht (artikel 300 lid 4 Sr) en het 'schadecriterium' in artikel 96 Wet BIG. Schade aan de gezondheid lijkt een enger begrip dan benadeling van de gezondheid, zodat niet duidelijk is of schade aan de gezondheid tevens in geestelijk opzicht mag worden begrepen.

7.7.2 Niet-reguliere behandelaars

Ten aanzien van het niet-reguliere behandelcircuit worden de volgende knelpunten genoemd.

Gezien de omvang van het niet-reguliere behandelcircuit is het opmerkelijk dat het OM, afgezien van enkele incidenten, vrijwel geen aangiften, noch signalen via de IGZ bereiken. Vervolging op basis van artikel 96 Wet BIG kan weliswaar plaatsvinden, maar het OM heeft geen eigen netwerk om te kunnen achterhalen of en waar zich in de niet-reguliere zorg problemen voordoen. In evidente gevallen vindt vervolging plaats op basis van het commune strafrecht.

De kwestie van de ontzetting uit het beroep (het beroepsverbod) is gecompliceerd. Zonder een beschermde titel te voeren kan een hulpverlener na doorhaling toch doorgaan, hetgeen door het

systeem van de Wet BIG mogelijk wordt gemaakt. Een doorgehaalde hulpverlener kan via opdracht van een geregistreerde beroepsbeoefenaar zelfs voorbehouden handelingen verrichten. In het niet-reguliere circuit is ontzetting uit het beroep niet zinvol, omdat niet duidelijk is wat het 'beroep' is. De veroordeelde kan snel weer een andere beroepshoedanigheid aannemen.

In recente rechtspraak heeft de Hoge Raad zich op het standpunt gesteld dat een niet-reguliere behandelaar niet snel in strijd met zijn zorgplicht handelt als hij tevens het advies geeft om (ook) een arts te bezoeken. Een dergelijk advies kan tot een eenvoudig aan te tonen formaliteit leiden, waardoor de niet-reguliere behandelaar ten onrechte vrijuit gaat.[337]

7.7.3 OM en IGZ

Hoewel de laatste jaren een samenwerkings- en informatieprotocol van kracht is, kan niet worden gezegd dat daardoor de communicatie tussen het OM en de IGZ is verbeterd. Integendeel, lijkt het. Ook Sorgdrager en Van der Steenhoven hebben gewezen op tekortkomingen in de afstemming tussen OM en IGZ (zie hoofdstuk 6). Naar de indruk van het OM wordt het protocol niet goed nageleefd. Als principieel bezwaar wordt hierbij naar voren gebracht dat de IGZ het OM te laat betrekt bij de behandeling van zaken, waardoor het OM niet in de gelegenheid is de bewijsmiddelen volgens zijn eigen procedures te vergaren. Het 'plaats delict' is dan weg. Als gevolg van het horen van betrokkenen door de IGZ is verhoor in het kader van opsporing niet goed meer mogelijk. De casus van het incident wordt snel in het medisch circuit bekend, zodat het lastig is deskundigen te vinden die nog onpartijdig tegenover de zaak staan. De IGZ overweegt doorgaans pas aan het einde van haar onderzoek of sprake zou kunnen zijn van een strafbaar feit. Volgens het OM is dat niet de juiste aanpak.

Soms doet de IGZ wel direct aangifte. Een voorbeeld hiervan is de zaak van Sylvia Millecam. Omdat het hierbij om een niet-reguliere behandelaar ging, stond de optie van het tuchtrecht niet open, maar ook als dit wel mogelijk is, wordt na aangifte lang niet altijd een tuchtzaak door de IGZ aangespannen. Een voorbeeld hiervan is de zaak Jansen Steur. Hoe vaak aangifte is gedaan kon de IGZ niet aangeven.

Sporadisch komt het voor dat zowel strafrechtelijk onderzoek als onderzoek door de IGZ wordt uitgevoerd. Een voorbeeld hiervan zijn de tv-opnames op de polikliniek in het VUMC (de zogenoemde Eyeworks zaak). In dat geval zijn afspraken gemaakt met het OM over bijvoorbeeld het horen (in verband met timing van de cautie).

Door het gebrekkig overleg tussen de IGZ en het OM zegt het OM geen of onvoldoende zicht te hebben op de gevallen en de criteria in situaties waarin een bestuurlijke boete wordt opgelegd. Dit geldt zowel voor de situaties in het kader van artikel 96 Wet BIG, als in situaties waarin een tuchtzaak aanhangig wordt gemaakt of overwogen, als in situaties waarin mogelijk een strafrechtelijke procedure meer voor de hand zou kunnen liggen.

---

337 HR 12 maart 2013, *GJ* 2013, 5, 83 (Jomanda, m.n. J.H.Hubben).

Het OM verbaast zich erover dat er in verhouding tot het aantal vermijdbare sterfgevallen in ziekenhuizen – naar schatting op basis van onderzoek bijna 2000 per jaar[338] – voor de gehele zorg relatief weinig verklaringen van niet-natuurlijk overlijden bij het OM via de gemeentelijke lijkschouwer binnenkomen. Het OM heeft het vermoeden dat in de praktijk te gemakkelijk een verklaring van natuurlijk overlijden wordt afgegeven. Probleem is dat het niet melden van een calamiteit op zichzelf geen strafbaar feit oplevert.

Ten slotte worden de artikelen 97 tot 100 Wet BIG (betreffende o.m. het ten onrechte voeren van een titel) niet meer als grondslag voor vervolging gebruikt sinds de IGZ bevoegd is om bij overtreding daarvan een bestuurlijke boete op te leggen.

7.8 Voorstellen

7.8.1 Strafbepalingen

Voorgesteld wordt, mede op suggestie van het OM, om artikel 96 Wet BIG op een aantal onderdelen te wijzigen. Hierbij wordt als uitgangspunt genomen de tekst van de voorgestelde Wet cliëntenrechten zorg (Wcz), zoals laatstelijk gewijzigd bij het voorstel van Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, Wkkgz.[339] De voorstellen voor wijziging worden in de hiernavolgende alinea´s besproken.

Het veroorzaken van ‘schade’ (of de aanmerkelijke kans daarop) aan de gezondheid van een ander kan beter worden vervangen door ’benadeling’, een ruimer begrip, zodat daaronder ook schade aan de geestelijke gezondheid kan worden begrepen. Daarmee wordt tevens hetzelfde begrip gehanteerd als in artikel 300 lid 4 Sr wordt gebezigd.

Het veroorzaken van benadeling van iemands gezondheid als overtreding kan beter worden geschrapt (het in de Wkkgz voorgestelde lid 2 van artikel 96). Lichtere vormen van benadeling kunnen eventueel in het kader van het commune strafrecht (artikel 300 lid 4 Sr) worden vervolgd. Dat geldt ook voor handelingen die niet direct in medische termen zijn te vatten, maar wel gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid van een ander, zoals bij het aanbrengen van tatoeages of bij cosmetische behandelingen.

Het veroorzaken van benadeling van iemands gezondheid (of de aanmerkelijke kans daarop) blijft gekwalificeerd als een misdrijf, wanneer de dader weet of ernstige reden heeft om te vermoeden dat die benadeling of de kans daarop door zijn handeling wordt veroorzaakt, waarbij de strafmaat wordt verhoogd naar twee jaar gevangenisstraf of een geldboete van de derde categorie (zoals ook opgenomen in de derde nota van wijziging bij de Wkkgz)

---

338 Langelaan e.a. 2010, p. 13.

339 *Kamerstukken II* 2009/10, 32 402, nr. 2 (voorstel van wet) en *Kamerstukken II* 2012/13, 32 402, nr.12 (derde nota van wijzigingen).

Mocht de benadeling van de gezondheid zwaar lichamelijk letsel c.q. de dood tot gevolg hebben, dan wordt de schuldige gestraft met een gevangenisstraf van vier c.q. zes jaar of een geldboete van de vierde categorie (het in de Wkkgz voorgestelde lid 2 van artikel 96 Wet BIG).

De hier geformuleerde gevolgen als zwaar lichamelijk letsel of de dood, zijn geobjectiveerd, hetgeen wil zeggen dat het (voorwaardelijk) opzet niet op die gevolgen hoeft te zijn gericht.

Om onnodige beperkingen in de toepassing van artikel 96 Wet BIG te vermijden, verdient het aanbeveling om handelingen buiten de grenzen van iemands 'deskundigheid' (lid 1 en lid 4) te schrappen, hetgeen in de voorgestelde Wkkgz ook is geschied. Om dezelfde reden richt de strafbepaling in de voorgestelde redactie zich tot eenieder die buiten noodzaak de gezondheid van een ander benadeelt, dus los van het restrictief werkende criterium met betrekking tot al dan niet ingeschreven zijn in het BIG-register (hetgeen in het wetsvoorstel Wkkgz ook is geschied).

Ondersteuning verdient het voorstel van de minister van VWS, gedaan aan de Tweede Kamer op 16 juli 2013, om samen met haar ambtgenoot van Veiligheid en Justitie te bezien in hoeverre het strafrechtelijk beroepsverbod (artikel 28 Sr) kan worden uitgebreid tot bepaalde misdrijven die benadeling van de gezondheid tot gevolg hebben.[340] Overigens dient het strafrechtelijk beroepsverbod in samenhang te worden bezien met de nieuwe regeling inzake het beroepsverbod op grond van de Wet BIG nieuwe stijl (zie hierna).

De overige strafbepalingen in hoofdstuk X van de Wet BIG dienen uiteraard aan de voorgestelde wijzigingen te worden aangepast.

7.8.2 Niet-reguliere behandelaars

Overweging verdient om – mede in verband met niet-reguliere behandelingen – in de delictsomschrijving bij de aanmerkelijke kans op te nemen, dat die kans tevens kan worden aangenomen indien de behandelaar daadwerkelijk overwegende invloed op de consument heeft uitgeoefend om hem van de reguliere geneeskunst te weerhouden. Alsdan handelt de niet-reguliere behandelaar in strijd met de ook op hem rustende zorgplicht.

Ten aanzien van de niet-reguliere behandelaar kan, om elke discussie daarover uit te sluiten, tevens in de Wet BIG een uitdrukkelijke zorgplicht worden opgenomen, hetgeen nu uit het Burgerlijk Wetboek wordt afgeleid.

Ontzetting uit 'het beroep' (geldende tekst artikel 96 lid 3 Wet BIG) verdient aanpassing in relatie tot niet-reguliere behandelaars, zodat duidelijk is dat elke vergelijkbare bezigheid daaronder valt. Het verdient aanbeveling een bredere regeling in de Wet BIG op te nemen, vergelijkbaar met de regeling in het Wetboek van Strafrecht (artikelen 28-31), maar dan niet beperkt tot het beroep waarin het delict is begaan, ook niet beperkt tot de gezondheidszorg (maar betrekking hebbend op elke vorm van

340 *Handelingen II* 2012/13, nr. 62, item 7.

hulpverlening) ongeacht of het delict in een al dan niet bezoldigde dienstbetrekking is begaan, dus beroepsmatig of niet, direct of indirect, bijvoorbeeld in adviserende of faciliterende zin, ook niet in opdracht van een bevoegde BIG-geregistreerde.[341] In een zodanige regeling dient tevens de bevoegdheid te worden opgenomen om de behandelaar, in afwachting van een definitief oordeel, direct te schorsen met daaraan te verbinden voorwaarden (inclusief de oplegging van een dwangsom) en, indien hij de voorwaarden overtreedt, de dwangsom verbeurd te verklaren, soortgelijk als de minister van VWS voor de IGZ in het kader van het tuchtrecht heeft aangekondigd.[342]

7.8.3 OM en IGZ

Uit beleidsoogpunt valt eveneens het nodige te verbeteren. Dat heeft in de eerste plaats betrekking op de relatie met de IGZ. De communicatie tussen beide staatsorganen verloopt niet goed. Het is duidelijk dat de IGZ in een veel eerder stadium met het OM moet overleggen, in elk geval het OM eerder bij de besluitvorming over de te kiezen route dient te betrekken, opdat snel duidelijkheid bestaat wie wat gaat doen in de (lastig te beoordelen) sfeerovergang tussen de bestuurlijke en de strafrechtelijke onderzoeksfase (maar ook omgekeerd als het initiatief bij het OM ligt, zoals bij een aangifte of een melding van een niet-natuurlijke dood).

Het verdient aanbeveling om, voorafgaande aan een dergelijk overleg, eerst een quickscan door de IGZ te laten uitvoeren en op basis daarvan de te volgen procesroute te bepalen, ook in relatie tot de behandeling van klachten en geschillen in het kader van de nieuwe regeling in de voorgestelde Wkkgz. Dan is voor alle betrokken partijen duidelijk hoe zij in de gekozen route hun positie met de daaraan verbonden rechten en plichten kunnen bepalen. Dat is ook van belang om vast te stellen welke consequenties uit de ene onderzoeksfase ten opzichte van de andere zijn te verbinden.

In dat proces verdient het aanbeveling dat het OM tevens bekijkt in hoeverre er voldoende aanwijzingen zijn – waartoe uit juridisch oogpunt voldoende grondslag bestaat – om ook de zorginstelling als rechtspersoon strafrechtelijk aansprakelijk te stellen. Een meer creatief gebruik van OM-bevoegdheden wordt in dit opzicht – mede om een voorbeeld te stellen - aanbevolen. In de zaak Jansen Steur heeft het OM dit aangekondigd.

Voor het vaker strafrechtelijk aansprakelijk stellen van de zorginstelling als rechtspersoon (en zijn leidinggevers) bestaat temeer aanleiding, nu – als gevolg van de ingevoerde 'gereguleerde marktwerking' – het verlenen van zorg niet meer alleen als een publieke taak maar ook als een economische activiteit wordt gezien. Bij de inrichting van de zorg – bovendien in steeds grotere organisaties – gaan in dat licht steeds vaker andere dan puur medische belangen een rol spelen, waardoor de verantwoordelijkheid van de zorginstelling en haar bestuurders ten opzichte van de patiënt toeneemt. Noch in de wetgeving noch in de rechtspraak liggen argumenten besloten die het OM tot een terughoudend vervolgingsbeleid dwingen. Integendeel, in de nieuwe zorgmarkt is er juist reden om de bedrijfsmatige kant van de zorg extra kritisch te bekijken en daar, waar ernstige

341 Vgl. Rb. Amsterdam 20 april 2012, *LJN* BW3465.

342 *Kamerstukken II* 2012/13, 32 402, nr. 55, en *Handelingen II* 2012/13, nr.62, item 7.

gebreken niet zozeer aan individuele hulpverleners zijn toe te schrijven, de rechtspersoon als zodanig of zijn bestuurders voor die gebreken in de bedrijfsvoering aansprakelijk te houden, juist ook in het kader van artikel 96 Wet BIG.

Dat het OM bij de vervolging van medische zaken door het medisch beroepsgeheim zou worden gehinderd, lijkt zonder grond. De Hoge Raad heeft uitdrukkelijk aanvaard dat het belang van slachtoffers c.q. nabestaanden om bij een ernstige medische misslag de waarheid te achterhalen een belangrijke wegingsfactor dient te zijn bij beantwoording van de vraag of zich een zeer uitzonderlijke omstandigheid voordoet op grond waarvan het beroepsgeheim moet wijken voor de waarheidsvinding.

De suggestie van de zijde van het OM om in appèl een vaste instantie aan te wijzen waar strafzaken in hoger beroep kunnen worden behandeld teneinde meer eenheid en deskundigheid in de rechtstoepassing te bevorderen, verdient ondersteuning.

8

Algemene systematiek van de wet en aansluiting op de overige wetgeving

8.1 Toekomstbestendigheid van de systematiek van de Wet BIG

De evaluatie richt zich in hoofdzaak op de vraag of de Wet BIG zijn doelen nog behaalt en zo nee, hoe dat kan worden verklaard en of de wet nog wel voldoende toekomstbestendig is. De Wet BIG is inmiddels 15 jaar in werking en functioneert in de wetsomgeving van het bredere gezondheidsrecht. Het systeem van wetgeving in de zorg is sedert de vorige evaluatie in 2002 ingrijpend gewijzigd. Van belang voor de beantwoording van de vraag is daardoor met name de genoemde stelselwijziging van 2006. Deze wijziging heeft er toe geleid, dat meer wordt ingezet op vraagsturing en minder op aanbodregulering onder een vergunningstelsel van de overheid. De zelfregulering door het veld, die zich eerder concentreerde op de eigen ontwikkeling van de kwaliteit van de beroepsuitoefening door de professional, kreeg een andere dynamiek door de concurrentie op de kwaliteit op de zorginkoopmarkt, bewaakt door zorgverzekeraars (Zorgverzekeringswet, Zvw) en zorgkantoren (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ). In dit hoofdstuk worden een aantal van deze verbanden onderzocht en de uitkomsten van het empirisch deel geplaatst tegen het licht van deze ontwikkelingen.

De Wet BIG is, als gezegd, een samenstel van beroepenregulering (o.a. Wet uitoefening geneeskunst en de Wet voorwaarden tot verkrijging bevoegdheid arts, tandarts, apotheker, vroedvrouw en apothekersbediende, de Wet tot bescherming diploma van verpleegkundige e.a.) en het tuchtrecht (Medische Tuchtwet). Tevens zijn kwaliteitsbepalingen in de Wet BIG opgenomen, die niet volledig door de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en later de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) werden gedekt. De Wet BIG is aldus uit deze drie elementen samengesteld, die niet per se een eenheid vormen.

Tussen deze onderdelen (of 'drieluik') bestaat een logisch verband. Zo zijn alleen de geregistreerde beroepen onderworpen aan het tuchtrecht. De ultieme sanctie is de doorhaling van de beroepsbeoefenaar in het register, waardoor deze zijn beschermde titel verliest en – indien van toepassing – de bevoegdheid voorbehouden handelingen te verrichten (met als lichtere vormen de gedeeltelijke ontzegging en de variant van de tijdelijke schorsing). De strafbepaling inzake het voortgezet titelgebruik (artikel 99 Wet BIG) en strafrechtelijke vervolgbaarheid bij (kans op) schade

aan de gezondheid (artikel 96 en 98 Wet BIG) moeten de geheel, gedeeltelijk of tijdelijk doorgehaalde beroepsbeoefenaren vervolgens afhouden van het voorzetten van hun eerdere praktijk. De vermelding van tuchtrechtelijke maatregelen als berisping en boete disciplineren de beroepsbeoefenaren en zijn eveneens een samenspel van tuchtrecht en registratie, zij het dat deze bekendmakingen ook in een ander kader dan de registratie zouden kunnen plaatsvinden.

De regering meende ten tijde van het voorontwerp van de wet dat, gelet op de kritiek op de wetgeving over de beroepsuitoefening op het gebied van de individuele gezondheidszorg, een algehele herziening nodig was om een aantal – niet noodzakelijk samenhangende redenen:

- "De wetgeving is verbrokkeld en daardoor onoverzichtelijk en vertoont gebrek aan systematiek. Tot die wetgeving behoren o.m. de Wet uitoefening geneeskunst (1865), de Medische Tuchtwet (1928) en de Wet op de paramedische beroepen (1963).
- Hoewel de bestaande wetgeving een verbod inhoudt tot uitoefening van geneeskunst door anderen dan degenen aan wie de bevoegdheid daartoe uitdrukkelijk is toegekend, vindt in de praktijk op ruime schaal onbevoegde uitoefening van de geneeskunst plaats; vervolging en berechting daarvan vindt echter nauwelijks plaats.
- In brede kring huldigt men de opvatting dat de patiënt de vrijheid moet worden gelaten om daar bijstand met het oog op zijn gezondheidstoestand te zoeken waar hij deze hoopt te vinden en dat de wetgever van deze eigen verantwoordelijkheid van het individu moet uitgaan.
- In de gezondheidszorg zijn nieuwe beroepen opgekomen, die wettelijk moeten worden geregeld.
- Binnen de beroepen zijn specialismen ontstaan en maatschappelijk aanvaard zonder dat in de wetgeving van deze ontwikkeling blijkt.
- Er is verder aandrang om, meer dan tot dusver het geval is geweest, door de wetgever regelingen op het gebied van de kwaliteit van het dienstbetoon te laten treffen.
- Het medisch tuchtrecht wordt op tal van punten bekritiseerd (tuchtnormen, openbaarheid, positie van de klager, behandeling van klachten, samenstelling tuchtcolleges)."[343]

Om de indertijd geconstateerde verbrokkeling van wetgeving tegen te gaan zijn in de Wet BIG beroepenregulering, kwaliteit en tuchtrecht samengevoegd. Het lag wellicht in de rede de kwaliteit van de beroepsbeoefening te combineren met de registratie en het tuchtrecht. Toch is kwalitatief inhoudelijk maar een beperkt gedeelte van de feitelijke beroepsbeoefening geregeld door de Wet BIG. De directe regulering van de kwaliteit komt daardoor in de Wet BIG niet tot haar recht. Met de voorgestelde Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg verlaten de kwaliteitsbepalingen (artikelen 40, 41, 87a en 100a Wet BIG) dan ook om wetssystematische redenen de Wet BIG. De vraag is of verder niet radicaler moet worden gesplitst en worden ingezet op een afzonderlijke regeling voor beroepen en voor tuchtrecht. Dit kan door de wet te splitsen of als geheel te handhaven en meer te 'compartimenteren'.

Er is de afgelopen jaren een wetgevingsbeweging tot concentratie van bepalingen over de kwaliteit op gang gekomen. Het wetsvoorstel van de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz)[344] is daarvan een

343 Voorontwerp Wet BIG 1981, p. 4.

344 *Kamerstukken II* 32 402.

sprekend voorbeeld. Ondanks de tegenstand tegen het wetsvoorstel – welke voornamelijk betrof het afschaffen van de WGBO – gingen in de literatuur stemmen op voor het samenvoegen van de kwaliteitsregulering en nevengeschikte kwaliteit bevorderende regelingen in een nieuwe publiekrechtelijke wet.[345] In de literatuur werd gepleit voor een Wet zorginstellingen of een Wet verantwoorde zorgverlening.[346] Van belang is op te merken dat het onderscheid kwaliteit van beroepsuitoefening en kwaliteit van zorg door zorginstellingen geen logisch onderscheid meer wordt gevonden. De gemeenschappelijke titel is de kwaliteit van zorgverlening, die niet verschillend behoort te zijn afhankelijk van de soort zorgaanbieder. In plaats van, zoals in de periode voorafgaand aan de casus Hartchirurgie Radboud[347] nog wel eens werd verondersteld, dat de beroepsbeoefenaren de kwaliteitsverantwoordelijkheid voor het primaire zorgproces dragen (de Raad BIG signaleerde in 1996 al dat het realiseren van waarborgen voor een gedeelde verantwoordelijkheid niet eenvoudig is en de wet niet aansluit op de praktijk[348]), is sedertdien het algemeen besef doorgedrongen, dat de organisatie in belangrijke mate verantwoordelijk is voor de kwaliteit en besturen van zorgorganisaties daarvoor niet alleen formeel de eindverantwoordelijkheid dragen[349], maar actieve bewaking van de kwaliteit mag worden verlangd.

Casus Radboud

In een naar de media interne uitgelekte e-mail in 2005 stond dat de sterfte bij hartchirurgie in het UMC Radboud (tweemaal) hoger was dan in andere centra volgens de NICE-registratie die in het ziekenhuis werd gevoerd. Verwijzende ziekenhuizen, die op het UMC Radboud terugvielen als hartchirurgisch centrum, vonden een verhoogde complicatiekans bij hartklepoperaties. Het afdelingshoofd hartchirurgie legde zijn taken neer. Een intern dossieronderzoek vond een hoog percentage heringrepen en nabloedingen, maar geen ernstige tekortkomingen. De IGZ leidde een extern onderzoek, dat een negatiever beeld opleverde en de oorzaak zocht in fouten en problemen van de gehele hartchirurgische keten.

De IGZ sloot op 24 april 2006 daarop de afdeling hartchirurgie, omdat de inrichting van het zorgproces en de multidisciplinaire samenwerking onvoldoende was. IGZ constateerde gebrek aan leiderschap, interne conflicten en gebrekkig kwaliteitsdenken. Na interne maatregelen kon de IGZ zes maanden later de afdeling weer vrijgeven.

De Onderzoeksraad voor Veiligheid deed onderzoek naar de openstaande vraag over de rol van het bestuur ten aanzien van het medisch-inhoudelijk proces, mede naar aanleiding van de discrepantie van de resultaten van het interne en externe onderzoek. De Onderzoeksraad constateerde dat de raad

345 Zie o.a. van Wijmen 2012.

346 Een suggestie die o.a. werd gedaan door prof. F.C.B. van Wijmen in zijn afscheidsrede aan de Universiteit Maastricht, zie Van Wijmen 2006. Voorts Gevers 2009, van Wijmen 2012.

347 OvV, Een onvolledig bestuurlijk proces hartchirurgie in UMC ST. Radboud, Den Haag april 2008, p. 74-85

348 OvV 2008, p. 152

349 Het systeem van de zorg en niet alleen de individuele professional moet de kwaliteit waarborgen. Zie reeds de MvT op de Kwaliteitswet zorginstellingen, *Kamerstukken II*, 1993/94, nr. 3, p. 3.

van bestuur meer gericht was op externe dan interne (kwaliteits-)risico's en in de bedrijfscultuur de misvatting heerste dat de zorgprofessionals zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van het primaire proces, ook wanneer er signalen van problemen met de kwaliteit zijn. Er was sprake van een 'onvolledig bestuurlijk proces'.[350] De casus illustreert de grotere impact van de Kwaliteitswet zorginstellingen ten opzichte van de Wet BIG voor het bewaken van de zorgoperationele kwaliteit.

Daarmee is nog meer dan voorheen de Wet BIG een minder vanzelfsprekende ankerplaats voor de regulering van de kwaliteit. De wetgever verwacht inmiddels meer van de zorgaanbieders als instellingen en van het samenspel van zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

8.2 Registratie en tuchtrechtelijk toezicht

De Wet BIG biedt naar het oordeel van de onderzoekers nog steeds een stevige basis voor de regulering van beroepen, opleidingen en titelbescherming. Als 'registratiewet' vervult de Wet BIG een belangrijke functie en dient hij deze functie ook te blijven vervullen. Er is wel aanleiding de invoering van beroepen beter te faciliteren, zoals aangegeven in hoofdstuk 3. De registratie kan eveneens verder op onderdelen worden verbeterd. Er is geen aanleiding aan de toekomstbestendigheid van de registratie van beroepsbeoefenaren te twijfelen, mits dit instrument niet door een minder functionele, te ver doorgevoerde verfijning aan het eigen succes ten onder gaat. De Wet BIG was indertijd bedacht als een antwoord op het ontstaan van nieuwe beroepen in de zorg, maar met het systeem van de artikel 3-beroepen werd verondersteld dat de nieuwe beroepen zich op de flanken via artikel 34 zouden ontwikkelen of via specialisatie van de hoofdberoepen van artikel 3. De druk op de ontwikkeling van beroepen door een steeds verder differentiërende zorgpraktijk (specialisatie en taakherschikking), maakt dat het bij de eerste evaluatie al benoemde weinig flexibele systeem van de Wet BIG[351] nog meer dan toen als een belemmering wordt ervaren, waarvoor de invoering van het experimenteerartikel 36a (aansluitend bij de regeling van voorbehouden handelingen) slechts een tijdelijke oplossing biedt (als 'kraamkamer'). In hoofdstuk 3 zijn de ontwikkeling en knelpunten geschetst. Meer regelen per AMvB (deskundigheidsgebieden en de lijst van voorbehouden handelingen) komt de flexibiliteit ten goede en kan de aansluiting met de dynamiek van het beroepenveld in de zorg doen herstellen. In het volgende hoofdstuk worden daarvoor de aanbevelingen gedaan. Dat echter aan een 'coördinatenstelsel' van geregistreerde beroepen in de zorg blijvend behoefte wordt gevoeld, is naar de ervaring van de onderzoekers over het algemeen buiten discussie (zie bijvoorbeeld paragraaf 3.6.2). Het voorbeeld van de verpleegkundige, opgenomen in artikel 3 en inmiddels van een aantal specialisaties voorzien, waarvoor afzonderlijke opleidingen zijn ingericht, illustreert het succes van de wet op dit punt. De drang van beroepen in de periferie van de zorg om te mogen opschuiven meer naar het midden via een publiek erkende beroepsregistratie is er een ander bewijs van. Het principe van de registratie heeft als zodanig zijn waarde bewezen. Zij kan effectiever worden ingezet. Dit onderdeel van de beroepenregulering, het complex van titelbescherming, opleidingen en voorbehouden handelingen, vormt het eerste, wat de onderzoekers betreft, blijvende 'luik' van de wet.

---

350 OvV, Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St Radboud, Den Haag, april 2008.

351 Cuperus-Bosma e.a. 2002, p. 172-173, 181-183, 216 en 227.

Een van de bevindingen in de vorige hoofdstukken is dat de BIG-registratie bij het publiek, met name bij patiënten, maar beperkt bekend is en benut wordt (zie hiervoor onder andere paragraaf 3.3.3). Daarentegen blijkt de beroepsregistratie een grote rol te spelen bij de beoordeling van de zorgprofessional bij het aannamebeleid in instellingen, als controle op het bijhouden van deskundigheden (verplichte herregistratie) en bij de zorginkoop door zorgverzekeraars, die bij zorginkoopcontracten met individuele beroepsbeoefenaren de BIG-registratie niet alleen als voorwaarde stellen (deze eis geldt ook voor de beroepsbeoefenaren in instellingen), maar doorgaans ook controleren. (zie hiervoor paragraaf 3.3.2 en 3.4.2 respectievelijk 3.3.4 en 3.4.4). Ten opzichte van de vorige evaluatie in 2002, is het beeld positiever.[352] Dit gegeven kan aldus geïnterpreteerd worden, dat in de verdere ontwikkeling met beter intern toezicht in de instellingen en een systematisch zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars, de BIG-registratie meer gewicht toekomt. De betekenis van de BIG-registratie als fundamenteel ijkpunt voor de titels en daaruit afgeleide bevoegdheden lijkt te zijn toegenomen. Niettemin doen de onderzoekers enkele voorstellen tot verdere verbetering van deze functie van de wet.

Reeds in de eerste evaluatie kon worden verwezen naar het rapport van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening uit 1973, dat de voorstellen bevatte voor de latere Wet BIG, waarin gesproken werd van het 'maatschappelijk kader van de beroepsuitoefening'. Daarmee werd er onder meer op gedoeld dat de wetgever er bij de regelingen die de institutionalisering van de zorg betreffen, garanties zou moeten inbouwen dat instellingen beschikken over gekwalificeerde beroepskrachten.[353] Deze aanwijzing is na een lange ontwikkeling praktijk geworden, waardoor de externe controle die de zorgcliënten rechtstreeks via de BIG-registers zouden kunnen uitoefenen, door de instituties als de zorginstellingen en zorgverzekeraars (en zorgkantoren) ten behoeve van de cliënten of verzekerden wordt uitgeoefend. Met deze in het systeem liggende waarborgen, wordt de relatieve onbekendheid van het BIG-register minder een probleem. Des te minder solerende beroepsbeoefenaren zonder contract met de zorgverzekeraars, des te minder urgentie bij het publiek (dat meent te kunnen en ook moet kunnen vertrouwen op de waakzaamheid van instellingen en verzekeraars) om aan de hand van het BIG-register regelmatig de kwalificaties en bevoegdheden van de beroepsbeoefenaren te controleren. Daarnaast blijft de functie van de rechtstreekse raadpleging bestaan en deze zal meer gewicht hebben gekregen doordat meer tuchtrechtelijke maatregelen jegens de beroepsbeoefenaren (behoudens waarschuwing) aangetekend worden in het register (zie artikel 9 lid 1 Wet BIG). Voor het algemene publiek ligt er een meerwaarde in deze aantekeningen in het register. Het geeft een indicatie over kwaliteit. De ontwikkeling van de uitbreiding van de aantekeningen is nog relatief jong (uit medio 2011), zodat het effect op de matige bekendheid van het BIG-register nog niet goed is in te schatten. Een verbeterde toegankelijkheid zal aan deze functie kunnen bijdragen.

Het systeem van voorbehouden handelingen in de Wet BIG, dat op de registratie aansluit, is een weinig bekend formeel referentiekader, zo bevestigt deze evaluatie wederom. De indruk bestaat dat men intuïtief toch veronderstelt, dat niet iedereen alles mag, doch alleen wie over de nodige

352 Cuperus-Bosma e.a. 2002, p. 70-71 en 135-136.

353 Cuperus-Bosma e.a. 2002, p. 25.

deskundigheid beschikt. Het juridisch systeem van de voorbehouden handelingen is zelfs bij zorgprofessionals minder bekend (zie paragraaf 5.3.1), maar sluit wel aan op de organisatie van de zorg en biedt hiervoor wezenlijke oriëntatiepunten. De structuur van de beroepen en de voorbehouden handelingen werkt door tot in de prestatieomschrijvingen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in het kader van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De prestatiebeschrijvingen veronderstellen deze structuren en beperken daardoor de financiering van de zorg tot (in grove lijnen) de zorgprestaties verleend door bevoegde en in beginsel bekwame beroepsbeoefenaren. De Wet BIG draagt de basale lijnen aan die zowel bij de inrichting van de zorg en bij de functie- en taakverdelingen leidend behoren te zijn, alsook in de zorginkoop en vergoeding van de zorg het zorgaanbod bepalen. Bovendien hebben de bevoegdheids- en bekwaamheidsvragen op basis van de Wet BIG veel gewicht in het tuchtrecht en in het civiele aansprakelijkheidsrecht. Tot de professionele standaard (de tuchtnorm van artikel 47 lid 1 Wet BIG en artikel 7:453 Burgerlijk Wetboek, BW) behoort in de eerste plaats het in acht nemen van de beroepenwetgeving. Met het opnemen van de professionele standaard in de norm van goede zorg in artikel 2 lid 2 sub b van het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) wordt tot uitdrukking gebracht dat de juiste toepassing van het systeem van de voorbehouden handelingen deel is van het kwaliteitskader. Op de voorbehouden handelingen wordt niet alleen formeel toezicht gehouden (omwille van het systeem zelf), maar tevens in het kader van het kwaliteitstoezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), waarmee het systeem van voorbehouden handelingen een toetssteen vormt voor de interne bevoegdheidstoedelingen en organisatie van de kwaliteit van de zorg bij zorgaanbieders. Dit verband kan overigens echter al gelezen worden in de huidige normen voor verantwoorde zorg en het daarop inrichten van de zorgorganisatie (artikel 2 en 3 KWZ). Nieuw is de extra aandacht en daarmee grotere gewicht van de Wet BIG in dit verband.

Wij kunnen daarom de structuur van de beroepenwetgeving en de voorbehouden handelingen beschouwen als een soort geraamte in de organisatie van de zorg, dat aan de oppervlakte van de concrete zorgverlening voor de patiënt niet altijd zichtbaar of bekend is. Deze onbekendheid doet in het geheel niet af aan de betekenis ervan voor het waarborgen van voldoende deskundigheid in de zorg. Zowel in de toetreding tot de arbeidsmarkt als de zorginkoopmarkt doet de beroepenregulering zijn werk. In de organisatie van de zorg en het toezicht op de kwaliteit is de basis van de beroepenregulering tot en met de voorbehouden handelingen van wezenlijke betekenis. Zowel in het tuchtrecht als het civiele aansprakelijkheidsrecht biedt deze regulering de noodzakelijke oriëntatiepunten voor een oordeel over de professionaliteit en deskundigheid.

Per saldo kan dus van het eerste luik van de Wet BIG gezegd worden dat het doel van de wet hier wordt bereikt en de basisstructuur van de wet bestendig is voor de toekomst. Niettemin zijn voor de effectiviteit van de wet de nodige verbeteringen gewenst, die in het volgende hoofdstuk worden samengevat.

De vraag is echter of het tuchtrecht per se in de eenheid met een beroepenregistratiewet moet worden opgenomen. Juist de schakelbepaling van artikel 1 en artikel 47 Wet BIG laten zien dat de samenhang soms wringt. Met het aanvankelijke initiatief van een afzonderlijke Kaderwet

tuchtprocesrecht[354] zouden beide delen ook daadwerkelijk zijn losgekoppeld. Nu er geen perspectief meer bestaat, dat er op korte termijn een nieuwe integrale wet voor het tuchtrecht wordt ingevoerd, bevelen wij aan dat het tuchtrecht in de Wet BIG gehandhaafd blijft en het tweede luik in deze wet blijft vormen. Alleen wanneer een algemenere inbedding van het tuchtrecht wordt geboden, zou de scheiding van beroepenregulering en tuchtrecht in twee separate wetten evidente meerwaarde opleveren. Een modernisering van het tuchtrecht is binnen het kader van de Wet BIG heel goed mogelijk, juist omdat er een vrij los verband tussen de beroepsregulering en het tuchtrecht bestaat. Het tuchtrecht is beperkt tot artikel-3 beroepen en de maatregelen worden of in het register aangetekend of bestaan uit een schorsing van de inschrijving of doorhaling in het register. Voor dit verband is het niet noodzakelijk dat het tuchtrecht in dezelfde wet wordt geregeld als de registratie, maar een samenhang is er in deze zin wel en bij gebreke van een betere context is het bewaren van de samenhang verdedigbaar. De koppeling tussen beide delen van de wet is geen beletsel voor een verdere ontwikkeling van het tuchtrecht langs de lijnen zoals in het zesde hoofdstuk geschetst.

Het derde luik is de directe kwaliteitsregulering van de praktijkuitoefening via de Wet BIG. Er is reeds – als gezegd – besloten de kwaliteitsbepalingen van artikelen 40, 41, 87a en 100a Wet BIG over te hevelen naar de komende Wkkgz. Dit lijkt een logische gedachte, waarover ter ondersteuning nog het volgende kan worden opgemerkt.

8.3 Kwaliteitsregulering en de Wet BIG

Bij de stelselwijziging van 2006 fungeerde de kwaliteit als randvoorwaarde en als doelstelling van de marktwerking in de zorg. De kwaliteit van de zorg is enerzijds een voorwaarde, die vervuld moet zijn, wil men zorg mogen verlenen met handhaving van de normen van verantwoorde of goede zorg. Anderzijds is de inzet van de stelselwijziging het niveau en tempo van de innovatie in de zorg. Het doel van de gereguleerde marktwerking in dit stelsel is de verhoging van de doelmatigheid en kwaliteit.[355]

Voor competitie op kwaliteit is transparantie van de kwaliteit noodzakelijk. Met de stelselwijziging van 2006 hebben de wetgever en in de uitvoering van de wetgeving de regering ingezet op een kwaliteitsbeleid, dat niet langer genoegen neemt met het gemiddelde niveau van de praktijk – zoals dat per saldo voorheen nog werd geaccepteerd – maar wordt een snelle implementatie verlangd van de best practices over de breedte van de zorg en een ‘trickle down’ van wetenschappelijke resultaten in de geneeskunde naar dagelijkse praktijk van de zorgverlening.[356]

Dit beleid sluit aan bij een algemener programma voor transparantie van de kwaliteit (het transparantieprogramma 'Zichtbare Zorg’) en de verdere ontwikkeling van de kwaliteitsregulering

---

354 Zie de voorstellen daartoe van de commissie Huls, Huls 2006. In hoofdstuk 6 van dit rapport komt dit onderwerp uitvoeriger aan de orde.

355 *Kamerstukken II* 2004/05, 30 186, nr.3, p. 13 en 14.

356 *Kamerstukken II* 2012/13, 33 585, nr. 2.

door het Zorginstituut Nederland.[357] Kern daarvan is dat een bindende en voor ieder kenbare invulling wordt gegeven aan het begrip ‘professionele kwaliteit’ door de ontwikkeling van standaarden en registratie (kenbaarheid) daarvan. Een te handhaven algemeen kwaliteitskader is de uiteindelijke voltooiing van de opbouw van de kwaliteitsregulering, die begint met opleidingseisen en titelbescherming (terrein van de Wet BIG) en zijn uitwerking vindt in geregistreerde concrete kwaliteitsnormen voor zorgverlening en registratie van de gemeten kwaliteit in de feitelijke beroepsuitoefening.

De nieuw aangevatte kwaliteitsregulering via het Zorginstituut Nederland vindt niet plaats via de Wet BIG, maar via de Zorgverzekeringswet. De reden voor deze aanpak is de constatering van het kabinet dat door de tegengestelde belangen van de beroepsgroepen er geen of te weinig overeenstemming tot stand komt over nieuwe beroepen en functies, een samenhangend stelsel van beroepen en opleidingen en daarmee een onvoldoende ontwikkeling van een transparant kwaliteitskader[358] zou kunnen veronderstellen dat een geordend beroepenveld ook aansluitend de professionele standaarden van de beroepen weet te verwoorden. De wetgever kiest met het Zorginstituut Nederland voor een top down benadering om de standaardisering zeker te stellen. Deze benadering laat onverlet dat de inhoud van de professionele standaarden nog steeds uit het veld en de wetenschap worden verwacht. Het is deels nu nog de onduidelijkheid over de normen en gebrek aan inzicht in wat goede zorg is, of deze feitelijk wordt geleverd en welke verantwoordelijkheden daarvoor bestaan, waardoor besturen van zorginstellingen te weinig verantwoordelijkheid nemen voor het primaire proces. Cliënten kunnen om dezelfde reden niet goed kiezen tussen zorgaanbieders. Voor zorgaanbieders (bestuur en management) is het lastig om zonder kwaliteitskader hun zorgprocessen in te richten, te leren en te verbeteren. De zorgverzekeraars kunnen niet goed inkopen en de IGZ kan geen goed toezicht houden. De NZa kan ten slotte niet vaststellen of de kwaliteit aanvaardbaar is en de verzekeringswetten rechtmatig worden uitgevoerd.[359] Het invoeren van nadere regelgeving over de kwaliteit ziet daarom op veel meer dan op de basale kwaliteit van de beroepsuitoefening die door de opleiding en specialisatie wordt verzekerd. Niet alleen de kwaliteit van de individuele zorgverlening moet scherper genormeerd worden. Kwaliteitsregulering ziet in de huidige optiek op de organisatie van het zorgstelsel als geheel en wordt benaderd vanuit de wetgeving over het zorgaanbod (Wkkgz), de zorgverzekering (inrichting Zorginstituut Nederland) en de marktordening (verplichte keuze-informatie door alle zorgaanbieders) en verantwoording (Wet toelating zorginstellingen, WTZi: jaarverslaggeving).

Tegelijkertijd sluit de overheid convenanten af met het veld, waarbij vraagstukken van financiering direct verbonden worden met kwaliteits- en doelmatigheidsaspecten (o.a. spreiding en concentratie, terugdringen praktijkvariatie en voorschrijfgedrag).[360] De jongste onderhandelingsresultaten van de

357 Wetsvoorstel *Kamerstukken II* 2011/12, 33 243, nr. 1-3.

358 *Kamerstukken II* 2011/12, 33 243, nr. 3, p. 8-10.

359 *Kamerstukken II*, 2011/12, 33 243, nr. 3, p. 3-4.

360 Ter illustratie worden onder meer genoemd het Convenant van VWS met de Orde van Medisch Specialisten en het NVZ (ziekenhuizen) van mei 2011, het Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord met ZN, NVZ en NFU (juli 2011), het Convenant Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg met de GGz, VGN en ActiZ (september 2011) en het convenant met de LHV (juni 2012).

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met het veld (de medisch specialistische zorg, de GGZ en de eerstelijnszorg) zetten wederom in op intensivering van het kwaliteitsbeleid. Met de ziekenhuissector is inmiddels afgesproken meer inzicht te verkrijgen in de kosten en effecten van behandelingen (kostenbewustzijn en kwaliteitsinformatie), om ongewenste praktijkvariatie tegen te gaan en om stringenter om te gaan met de toepassing van richtlijnen. Gewezen wordt daarbij op de gezamenlijke inspanning van alle partijen, met name de professionals om richtlijnen en protocollen systematisch door te lichten. Naast de medisch professional hebben ook de instellingen van medisch specialistische zorg een rol om de gevolgen van deze scherpere protocollering in hun organisatie te verwerken en de implementatie inhoudelijk en financieel te monitoren. De zorgverzekeraars zullen de zorginkoop en hun controles zodanig inrichten dat het gebruik van richtlijnen wordt bevorderd en doelmatige en gepaste zorg wordt gewaarborgd.[361] In de GGZ is eveneens ingezet op kwaliteit. Het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 zegt een start te maken met ‘een ambitieus kwaliteitsprogramma, voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten, zoals zorgpaden, zorgstandaarden, ROM-vragenlijsten en kwaliteitsindicatoren.’ Deels loopt dit project via het Landelijk Samenwerkingsverband Kwaliteitsstandaarden (LSKS), waarin een plan van aanpak met betrekking tot richtlijn-, zorgstandaard- en zorgpadontwikkeling, waaronder protocollering en toegang tot de zorg, wordt opgesteld. In het belang van transparantie van prestaties, wordt er ‘één taal’ voor kwaliteit en uitkomsten ingevoerd (o.a. Routine Outcome Monitoring: ‘ROM’).[362] Deze akkoorden en de kwaliteitseffecten die ervan worden verwacht, liggen in de werking van het systeem van het zorgstelsel besloten, waarin de grondgedachte niet langer is dat wettelijk genormeerde zorg eenvoudigweg, onder auspiciën van de IGZ, in vrijheid door de individuele zorgbeoefenaren wordt uitgevoerd, maar waarin de gedachte centraal staat dat door de checks and balances van het systeem de beroepsuitoefening ingebed raakt in een organisatiestructuur, waarin de zorg boven het gemiddelde individuele kan worden uitgetild en de organisatie van de zorg waarborgen biedt voor de hoogst mogelijke kwaliteit ervan.

Kreeg de Wet BIG bij de vorige evaluatie voor wat betreft de twee hoofddoelen van de Wet BIG bij invoering, te weten de keuzevrijheid en de bescherming van de patiënt, niet het voordeel van de twijfel, omdat de kwaliteitsborging maar ‘halfslachtig’ door de wet was uitgevoerd[363], nu zouden wij anders oordelen. Vanwege de gewijzigde omgeving van de wet kan het oordeel gunstiger zijn. Voor de doelbereiking van de kwaliteitsborgen werd indertijd ‘een zware wissel getrokken’ op de betrokkenheid en actieve medewerking van verschillende actoren in de zorg, waarbij moest worden geconstateerd, dat het aan deze medewerking wel eens had ontbroken. [364] De wissel is door de stelselwijziging en de reeks van interventies op incidenten in de zorg niet langer een zaak van welwillende coöperatie. Het systeem van checks en balances dat is ingevoerd en de strakkere controle verleggen het stelsel van waarborgen van kwaliteit naar een ander terrein dan de Wet BIG. Het betere fundament voor de vrije keuze van de patiënt voor zijn hulpverlener is niet meer in hoofdzaak, zelfs

361 Onderhandelaarsresultaat VWS medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017, 16 juli 2013, p. 3, 4 en 5.

362 Onderhandelaarsresultaat VWS geestelijke gezondheidszorg 2014-2017, 16 juli 2013, p. 4 en 5.

363 Cuperus-Bosma e.a. 2002, p. 226-227.

364 Cuperus-Bosma e.a. 2002, p. 227.

niet in belangrijke mate nog op de Wet BIG gestoeld, zoals de gedachte was, maar op andere wetgeving en de praktijk die zich daarnaar richt.

Drie soorten kwaliteit

Kwaliteitsregulering is daardoor geen logisch onderdeel meer van de Wet BIG. In de geschetste ontwikkeling van kwaliteitswetgeving is het onderscheid tussen individuele beroepsuitoefening (Wet BIG) en kwaliteitsregulering van instellingen (KWZ) inmiddels achterhaald. Het splitsen van deze kwaliteitsaspecten is systematisch onjuist. Veeleer ligt een andere ordening van het kwaliteitsbegrip in de rede en kan gesproken worden van drie trappen van kwaliteit.

1 Eindtermkwaliteit

In de Wet BIG is wel de kwalificatie van de beroepsbeoefenaar als deskundig en kwalitatief juist kunnend handelen (startend) beroepsbeoefenaar verankerd. Wij willen dit de 'eindtermkwaliteit' van de opleiding of 'opleidingskwaliteit' noemen, die de basis of de start van de kwaliteit van de beroepsuitoefening vormt. Er is echter verder een verschil tussen deze eindtermkwaliteit en de zorgoperationele kwaliteit. Het reguleren van de kwaliteit in de Wet BIG suggereert een eenheid van beide. Weliswaar is bij de herregistratie bijvoorbeeld de praktijkervaring van belang en daarmee wordt ook een eventuele progressie in kwaliteit door praktijkervaring verdisconteerd[365], systematisch hoort de zorgoperationele kwaliteit van de beroepsuitoefening echter thuis in de kwaliteitswetgeving van de zorg in het algemeen. Er zijn althans geen twee soorten normen voor zorgoperationele kwaliteit. Alle kwaliteit in de feitelijke zorguitoefening kan dan systematisch beter worden ondergebracht in de komende Wet kwaliteit, klachten en geschillen van zorg (Wkkgz) en daarmee vertrekken uit de Wet BIG.

De beroepenregeling is van algemene aard met een beperkt aantal voorbehouden handelingen. In de beroepenregulering is de norm slechts dat delen van de zorg expliciet zijn voorbehouden aan BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren (artikel 35 en 36 Wet BIG). De zelfstandig handelend beroepsbeoefenaar moet wel 'bekwaam' zijn (artikel 36 lid 15 Wet BIG), doch de bekwaamheid wordt in de Wet BIG niet meer geregeld. Onder deze bekwaamheid wordt verstaan 'to know how' volgens de professionele standaard. De arts dient deze bekwaamheid in beginsel zelf te beoordelen en vindt daarbij geen steun in de Wet BIG.[366] De systematiek van voorbehouden handelingen differentieert bovendien niet naar specialismen (uitsluitend naar artikel 3 beroepen) en niet naar bijzondere medische verrichtingen (het wegsnijden van wratten, orthopedische -, plastische - of thoraxchirurgie). Zij is er ook niet op ingericht voorbehouden handelingen via volumecriteria te reserveren voor subspecialismen met bijzondere ervarings- en expertise-eisen, terwijl de praktijk van de kwaliteits-normering zich juist in deze richting beweegt. Het wettelijk systeem van periodieke herregistratie van zowel de artikel 3-registratie als de specialismenregistratie vraagt thans slechts werkervaring op het gebied van het beroep op specialisme in algemene zin, die bovendien deels met opleiding kan worden

365 Zie hiervoor paragraaf 3.7.8.

366 Zie ook Leenen e.a. 2008, p. 87.

gecompenseerd. Dat is te weinig om de zorgoperationele kwaliteitseisen af te dekken. Vooralsnog is de verbinding tussen de herregistratie en de zorgoperationele kwaliteit een formele. De onderzoekers stellen hier overigens voor een eerste stap naar een hechter verband te doen.

2 Verantwoorde of minimaal 'goede' zorg

De zorgoperationele kwaliteit is onderwerp van overheidszorg ingevolge artikel 22 Grondwet. Deze verantwoordelijkheid heeft, als gezegd, haar neerslag gevonden in de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) en de over te hevelen bepalingen uit de Wet BIG naar de Wcz/Wkkgz. De eindtermkwaliteit ligt voor en gaat vooraf aan de zorgoperationele kwaliteit die wordt genormeerd door de notie van 'verantwoorde zorg' (artikel 2 KWZ). In de komende Wkkgz wordt deze notie enigermate uitgebreid met het onderdeel 'veilige zorg' en de professionele standaard (impliciet in het eerdere begrip vervat), die niet minder dan het wettelijk minimum vormt, waaraan iedere zorgaanbieder moet voldoen. De individuele beroepsbeoefenaar moet altijd voldoen aan de professionele standaard, waarin de richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep vervat zijn en de zorgvuldigheidseis van een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot in vergelijkbare omstandigheden.[367] Verantwoorde, veilige en goede zorg in deze zin is een normatief gegeven en kan niet afhankelijk worden gemaakt van competitie op de markt, daarom streeft de overheid explicitering van deze kwaliteitsnormen door registratie na.

De Nivel/EMGO rapportages over Vermijdbare schade in de zorg hebben opnieuw voeding gegeven aan de discussie over de kwaliteit van zorg.[368] De veiligheid werd mede daardoor een afzonderlijk element in het begrip 'verantwoorde zorg' (artikel 2 KWZ). Dit heeft onder andere geleid tot het Convenant vermijdbare schade.[369] Ondanks vele inspanningen werd geconstateerd dat onvoldoende verbetering is geboekt.[370] Een ander aspect dat hier moet worden genoemd is het debat over volumenormen onder verantwoordelijkheid van de IGZ.[371] Een volumenorm is overigens niet meer dan een indicatie over organisatiegraad en deskundigheid.[372] Het statistisch gegeven dat met het volume de deskundigheid toeneemt leidt tot concentratie van zorg. Alleen door de veiligheidsnormen en volumenormen wordt nog niet de uiteindelijk gewenste kwaliteit bereikt. Zoals uit de bestuurlijke akkoorden spreekt moet door de betere transparantie van kwaliteit een 'private handhaving' de zorg verder opstuwen naar het onder omstandigheden best haalbare niveau. Dit alles heeft ook belangrijke invloed gehad op wetgevingsinitiatieven, waarbij met name dus moeten worden genoemd de Wcz en de Wkkgz.

---

367 Art. 7:453 BW en HR 9 november 1990, *NJ* 1991, 26 (Speeckaert/Gradener).

368 Onder andere Langelaan e.a. 2010, p. 74.

369 NVZ, NFU en Revalidatie Nederland, *Convenant Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis,* 2011.

370 Minister van VWS, brief van 7 december 2010, inzake aanbieding rapport 'Monitor Zorggerelateerde Schade 2008', kenmerk CZ/TSZ*3037582.

371 IGZ het resultaat telt 2012 (resultaten 2010) en IGZ het resultaat telt 2013 (resultaten 2011).

372 Zij vormt uiteraard als zodanig wel een relevante aanwijzing bij de beoordeling van de bekwaamheid. De tuchtrechter weegt de ervaringsfactor reeds mee - zie bijvoorbeeld RTC Eindhoven 5 januari 2009, *GJ* 2009, 37 - maar was tot nu toe daarin erg mild: zie Bulstra, Wiggers & Hubben 2008, p. 160-161 en p. 167-168. Met het opnemen van de volume normen in de professionele standaard zal dat niet zo blijven.

De gewijzigde Zvw (registratie richtlijnen en protocollen) en de Wmg (verplichte keuze-informatie, waaronder de prestatie-indicatoren) zorgen voor handhaving van de kwaliteit in het zorginkoop- en zorgkeuzeproces. De beroepenwetgeving levert in dat verband in wezen niet meer dan een onder de kwaliteitseisen van de markt liggend minimum van professionaliteit, gewaarborgd door de opleiding en uit dien hoofde registreerbaar. De kwaliteitsmeting door meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland zal van een andere orde zijn en op het hogere niveau inzetten.

Zorginstituut Nederland: wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg tot aanpassing Zorgverzekeringswet[373]:

Artikel 66b

1 Het Zorginstituut houdt een openbaar register bij waarin op voordracht van organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk dan wel van de Adviescommissie Kwaliteit een professionele standaard of een meetinstrument wordt opgenomen. (...)

Artikel 66c

1 Het Zorginstituut stelt vast voor welke vormen van zorg een professionele standaard of een meetinstrument nodig is dan wel een overeenkomstig artikel 66b in het openbaar register opgenomen professionele standaard of meetinstrument wijziging behoeft. Hierbij bevordert het Zorginstituut de verspreiding van goede voorbeelden op het gebied van patiëntveiligheid. (...)

2 Het Zorginstituut stelt het een tijdstip vast waarop de professionele standaard of het meetinstrument, bedoeld in het eerste lid, moet zijn opgesteld onderscheidenlijk aangepast.

3 Indien op het in het tweede lid bedoelde tijdstip geen professionele standaard of meetinstrument is opgesteld onderscheidenlijk aangepast, kan het Zorginstituut de Adviescommissie Kwaliteit verzoeken binnen een nader te bepalen termijn hiervoor zorg te dragen en over de aldus opgestelde onderscheidenlijk aangepaste professionele standaard overleg te plegen met relevante organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Artikel 66d

1 Het Zorginstituut draagt zorg voor het verzamelen, samenvoegen en beschikbaar maken van informatie over de kwaliteit van verleende zorg:
   a met het oog op het recht van de cliënt een weloverwogen keuze te kunnen maken tussen verschillende zorgaanbieders, en
   b ten behoeve van het toezicht door de ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.

2 Zorgaanbieders zijn verplicht de informatie, bedoeld in het eerste lid, te rapporteren op basis van de overeenkomstig artikel 66b in het openbaar register opgenomen meetinstrumenten.

3 Bij regeling van Onze Minister wordt de instantie aangewezen waar zorgaanbieders de in het tweede lid bedoelde informatie aanleveren.

---

373 *Kamerstukken II* 2011/12, 33 243, nr. 1-3.

In dit kader verdient aandacht de relatie tussen de nieuwe opdracht tot registratie van richtlijnen door het Zorginstituut Nederland en de normontwikkeling via het tuchtrecht. Omdat de beroepsorganisaties bij de richtlijnontwikkeling zijn betrokken lijkt het verstandig hen een zelfstandig beroepsrecht in het tuchtrecht te geven, voor gevallen waarin zij een discrepantie ervaren tussen de uitleg van de tuchtnorm en de eigen richtlijnen en protocollen, maar vooral van de geregistreerde richtlijnen en maatstaven. De enkele registratie wijzigt de juridische status van richtlijnen en protocollen voor de praktijk overigens niet.[374] Wel is het zo dat de registratie de kenbaarheid vergroot, waarbij de norm ook zou kunnen loskomen van de praktijkcontext en in de tuchtrechtelijke toepassing een nieuwe uitleg zou kunnen krijgen. De beroepsorganisaties zouden met een zelfstandig beroepsrecht de gelegenheid krijgen uitleg van de regionale tuchtcolleges voor te leggen aan het Centraal Tuchtcollege, waardoor een algemene vraag over toepassing van de geautoriseerde richtlijnen nadrukkelijk aan de orde kan worden gesteld. De voorbeeldfunctie en de functie van de normontwikkeling van het tuchtrecht kunnen op deze wijze beter tot hun recht komen, dan uitsluitend indirect via discussie over de normstelling op basis van een stellingname door een beroepsbeoefenaar.

3 *Concurrentiële kwaliteit*

De marktwerking dwingt ten slotte onder bepaalde marktcondities het hoogst haalbare kwaliteitsniveau af. De wettelijke kwaliteitsregulering van de afgelopen jaren heeft tot voor kort nog onvoldoende bijgedragen aan de reductie van het zorgvolume door snellere en betere (maar dan ook goedkopere) zorg.[375] Dat kwaliteitsregulering op zich geen bijdrage levert aan competitie op kwaliteit is ook verklaarbaar, aangezien de kwaliteitswetgeving in het geheel niet is gebaseerd op onderscheidende kwaliteit, maar op minimale normatieve en dus algemeen geldende kwaliteit. Verdergaande specialisatie op de markt stijgt uit boven het niveau van eindtermkwaliteit en minimaal verantwoorde zorg. Doelmatige marktwerking wordt wel rond het thema kwaliteit georganiseerd (niet op de prijs sec).[376] Reorganisatie door specialisatie biedt nog verdere kansen.[377] Met het voornemen om via het Zorginstituut Nederland een algemeen effectief kwaliteitskader te realiseren wordt in wezen niet meer dan een randvoorwaarde voor werkbare competitie op kwaliteit gerealiseerd.[378] Het motto ‘Koers op Kwaliteit’ verwoordde de ambitie van een vorig kabinet met als pijlers: zichtbare (transparante) kwaliteit, natuurlijke cliëntgerichtheid en vanzelfsprekende veiligheid.[379] De transparantie van kwaliteitsverschillen moet daarbij via cliëntenpreferenties leiden tot disciplinering van de zorgaanbieders om een zo hoog mogelijke kwaliteit aan te bieden. Deze concurrentiële kwaliteit wordt door de zorgverzekeraars met name als domein geclaimd. Bij de zorginkoop staat het hen vrij te onderscheiden naar kwaliteitsniveau boven het wettelijk minimum van verantwoorde of goede zorg. Daarmee trachten zij in het model van het stelsel een aantrekkelijker polis op de

---

374 Fgl. Legemaate 2013.

375 Friele 2009, p. 103-109 en p. 117-118.

376 Porter & Teisberg 2006, p. 107-111.

377 Volume en ervaring zijn daarbij belangrijke factoren: Porter & Teisberg 2006, p. 111-117.

378 Porter & Teisberg 2006, p. 343-346.

379 Minister en staatssecretaris VWS, brief van 6 juli 2007 (kenmerk MC-U-2775877).

zorgverzekeringsmarkt te brengen en de zorgstandaard door disciplinering van de zorgaanbieders via de zorginkoop te verhogen. De zorgindicatoren/meetinstrumenten en *Hospital Standarized Mortality Ratio* (HSMR) geven verschillen weer van hetgeen in de regel wordt geacht verantwoorde zorg te zijn, zolang de zorgaanbieder van de IGZ zorg mag blijven aanbieden. Een keuze uit de feitelijke, maar ook wettelijk aanvaardbare praktijkvariatie en de andere, scherpere keuze voor best practices is de werking van concurrentiële kwaliteit. De verwachting is dat deze competitie – niet uit zichzelf, maar door een gezamenlijke gerichtheid van partijen – leidt tot een evenwicht van optimale kwaliteit, waarbij de marginale baten en kosten van kwaliteit elkaar in evenwicht houden.[380] Naar dit optimum is vanuit het domein van de beroepenregulering of vanuit het tuchtrecht niet toe te sturen. De schakel van de open norm dat de beroepsbeoefenaar 'bekwaam' moet zijn en niet buiten zijn deskundigheidsgebied schade toebrengt, is daarvoor niet alleen te algemeen en te weinig gericht, maar veeleer principieel ontoereikend. De Wet BIG past beter in het stelsel wanneer daarbij een inmiddels bescheidener rol voor haar kwaliteitsregulering wordt gezien, namelijk primair gericht op het niveau van het waarborgen van de basiskwaliteit van de beroepsbeoefenaar op eindtermkwaliteit van de opleiding, waarmee de beroepsbeoefenaar nog niet per se voldaan heeft aan het uiteindelijk vereiste niveau van praktijkuitoefening, noch aan het niveau van de concurrentiële kwaliteit.

De balans van de keuzevrijheid van de patiënt met bescherming van de kwaliteit van zorg kan niet meer alleen op basis van de Wet BIG worden beoordeeld. Het niveau van kwaliteit dat de wetgever wil bereiken, wordt niet meer primair door de Wet BIG geborgd. Deze wet legt een basis en geeft met de regeling van de beroepen en voorbehouden handelingen niet meer dan een 'coördinatenstelsel', waarbinnen de zorg zich kan oriënteren. De kwaliteit krijgt inhoud door de brede regulering van de kwaliteit en het tuchtrecht is slechts één van de instrumenten, maar dan wel een indringend middel, om de kwaliteit te toetsen en te bewaken.

Casus Bariatrische chirurgie Scheper Ziekenhuis (2004-2009)

In 2004 startte chirurg R. in het ziekenhuis te Emmen met bariatrische chirurgie. In het najaar werden 13 maagbandjes geplaatst. Tot 2009 groeide het aantal bariatrisch-chirurgische ingrepen fors, doch werden nog steeds enkel door chirurg R. verricht. Vanaf 2006 werd met Achmea onderhandeld over deze zorg. In 2007 overleed een patiënt, in 2008 waren dat er 5 en in 2009 nog eens 6. In 2009 raakte de chirurg in de media daardoor in opspraak. Het ziekenhuis startte een intern onderzoek. De onderzoekscommissie Greve concludeerde dat bij de maagbandoperaties zich praktisch geen complicaties hadden voorgedaan, maar de meer complexe operaties kende een hoger percentage lekkages dan normaal en hoge sterfte, te wijten aan het functioneren van de chirurg. Het bariatrisch programma was niet goed georganiseerd volgens duidelijke richtlijnen. De chirurg communiceerde slecht. Het ziekenhuis beëindigde de toelatingsovereenkomst en daarna het bariatrische programma. De chirurg liet zich uitschrijven uit het BIG-register. De IGZ verrichtte onderzoek op basis van de eerdere meldingen en hield toezicht op de door het ziekenhuis aangekondigde verbeteractie en dat de chirurg geen medische werkzaamheden meer zou uitvoeren.

380 Vgl. Halbersma 2008, p. 7.

De Onderzoeksraad voor Veiligheid deed naar aanleiding van onderzoek in deze casus een vijftal aanbevelingen aan het ziekenhuis, Achmea, de minister van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging Nederlandse Ziekenhuizen. Voorkomen moet worden dat zorgvernieuwing plaatsvindt zonder voldoende voorbereiding en toezicht door de omgeving. De 'bestuurlijke drukte' op de financieel-economische factoren leidde de aandacht af van het primaire proces, waarvan de kwaliteitsborging op de schouders van een medisch specialist rustte. De IGZ had proactief naar de nieuwe ontwikkelingen moeten vragen. Achmea nam de aanbeveling over en zette het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en patiëntveiligheid in de inkoopspecificaties. Zorgverzekeraars Nederland herkende een ' duidelijke rol' in de zorginkoop voor het toezien op de veiligheid bij zorgvernieuwing. De kwaliteitsborging bij zorgvernieuwing – zo laat deze casus zien – ontstijgt het niveau van de wet BIG en heeft andere 'checks and balances' nodig.[381]

Wet bijzondere medische verrichtingen en de Wet BIG

Waar nieuwe zorgtechnieken (bijvoorbeeld met een actueel voorbeeld, de operatierobot) niet zozeer met de basisvaardigheden van de beroepsbeoefenaren, maar meer met de zich steeds vernieuwende medische techniek samenhangen, kan bezwaarlijk worden gekeken naar het meer elementaire systeem van de voorbehouden handelingen. Hiervoor is nog de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) operationeel als vangnet voor die zorgfuncties, waarvan het maatschappelijk onverantwoord zou zijn om de invoering aan de zorgmarkt over te laten. 'Gewichtige belangen' vereist voor een vergunningplicht ex artikel 2 lid 1 WBMV (vergelijk de 'maatschappelijke, ethische of juridische aspecten': artikel 3 lid 1) betreffen onder andere de kwaliteit van de onder de vergunningplicht te brengen verrichtingen. Er zijn vraagtekens te plaatsen bij de effectiviteit van de WBMV, zoals in de laatste evaluatie van deze wet in 2001 is gebleken. Het beleid voor toepassing van het vergunningeninstrument is tijdens de stelselherziening van 2006 aangescherpt en van een stelsel van toepassingscriteria voorzien.[382] Hier ligt een meer gericht instrument dan de grove categorieën van de voorbehouden handelingen om eventueel te sturen op de introductie van bijzondere expertise in het verlengde van de beroepenregulering. De vergunningplicht van de WBMV – zo men überhaupt de introductie van nieuwe technieken wil bijsturen of "bijremmen" – is dan ook een beter alternatief dan voortdurende aanpassing en verfijning van het aantal voorbehouden handelingen. Een meer verfijnde kwaliteitsregulering op het niveau van de verantwoorde of wettelijk minimale 'goede zorg' is via het systeem van voorbehouden handelingen hier niet te bereiken.

Niet-reguliere kwaliteit

De regulering van de (zorgoperationele) kwaliteit via de zorgverlening en niet via de beroepen lost ten slotte ook het dilemma op voor de niet-reguliere zorg. Deze zorg is indertijd bewust niet onder het

---

381 OvV, Vernieuwing op drift 2011. Zie verder brief van Achmea aan de OvV van 5 februari 2013 en de brief van ZN aan de OvV van 22 januari 2013.

382 *Kamerstukken II* 2006/07, 38 800 XVI en 29 214, nr. 150: de (negatieve) criteria voor een vergunningplicht zijn: beschikbaarheid, voorhanden zijn van kwaliteitssysteem, inzichtelijke kwaliteitseisen en geen onaanvaardbare situaties. De vergunningplicht is een last resort (p. 3).

bereik van de Wet BIG gebracht. De overheid heeft sedert dien geen kans gezien de kwaliteitsregistratie van de niet-reguliere zorg ter hand te nemen. De niet-reguliere zorg beroepsmatig regelen in de Wet BIG heeft thans dan nog onvoldoende aanknopingspunten. De zorg zelf kan wel onder de kwaliteitsregulering worden gebracht en het voorstel van de Wkkgz gaat daar reeds van uit. Daarmee wordt de wetstechnische scheiding tussen regulering van beroep en opleiding enerzijds en van zorgpraktijk anderzijds nog eens onderstreept. Daarmee kan een antwoord gegeven worden op de bij de eerste evaluatie nog uitdrukkelijk opengelaten vraag of niet moest worden teruggekomen op het fundamentele uitgangspunt van de Wet BIG dat behoudens de voorbehouden handelingen de uitoefening van de geneeskunde verder niet verboden werd, dus ook voor niet-geregistreerde of gediplomeerden was toegestaan (mits geen schade werd toegebracht; vergelijk artikel 96 Wet BIG).[383] Was er niet sprake van een fundamentele 'disbalans' tussen keuzevrijheid voor de patiënt en de bescherming van diezelfde patiënt bij het maken van zijn keuze voor een hulpverlener? Nu na verloop van tijd de Wet BIG niet meer de kwaliteit van de zorg zelf tot tot doel moet hebben, maar de beroepenregulering als zodanig en het tuchtrecht, is er geen aanleiding meer een verbod op de niet-reguliere zorg in de Wet BIG op te nemen. Een verbod op het voeren van een niet door de wet beschermde titel (zoals natuur-/spiritueel- 'genezer' of 'therapeut') is weinig zinvol. Het verbod op bepaalde risicovolle handelingen is door een flexibilisering van de lijst van voorbehouden handelingen te realiseren. Wat de wetgever niet in dat bestand wil betrekken, is kennelijk niet zo risicovol, zodat de vraagstelling eerder moet zijn, of de zorgverlening aan elementaire maatstaven van zorgvuldig handelen als hulpverlener in het algemeen voldoet. Wordt de betrokken patiënt afgehouden van de reguliere zorg en handelt een natuurgenezer of natuurgeneeskundig therapeut als een goed hulpverlener door eerlijke informatie over de behandeling? Recentelijk is in een tweetal uitspraken bevestigd dat het handelen van een natuurgenezer of natuurgeneeskundig therapeut kan worden beoordeeld op basis van artikel 7: 453 BW (goed hulpverlenerschap). In beide gevallen leidde dat tot een veroordeling wegens opzettelijke benadeling van de gezondheid respectievelijk zwaar lichamelijk letsel toebrengen.[384] Indien de rechtbank in deze gevallen kon beoordelen dat, ondanks het feit dat het handelen niet binnen het bereik van de Wet BIG viel, hier geen sprake was van goed hulpverlenerschap in de zin van artikel 7: 453 BW, moet het ook mogelijk zijn voor IGZ om een dergelijk oordeel te geven en desnoods in de toekomst maatregelen te nemen op grond van de Wkkgz. Het verbod op onaanvaardbare niet-reguliere zorg krijgt daardoor buiten het bereik van de Wet BIG nader vorm. Een heroverweging ten aanzien van de vrijheidsgraden van het niet-reguliere handelen is daardoor niet langer een principiële zaak van een hoog te houden doelstelling van de Wet BIG (keuzevrijheid). De Wet BIG heeft de bescheidener taak aan te geven met een publieke registratie in welke beroepen een gerechtvaardigd vertrouwen in het deskundig handelen kan worden gesteld. In dat stelsel past niet tevens het tegendeel te reguleren middels een systeem van verboden beroepen of praktijken (anders dan eventuele voorbehouden handelingen). De kwaliteitseisen gelden voor geregistreerde en ongeregistreerde beroepsbeoefenaren en vormen de ingang hier noodzakelijke beperkingen op te leggen of repressief via handhaving af te dwingen. De 'disbalans' tussen vrijheid en bescherming, die

383 Cuperus-Bosma ea. 2002, p. 13, 25-27, 173-178 en 228-229.

384 Rb Noord-Nederland zp Groningen 21 maart 2013, LJN BZ5022, GJ 2013.85 (m. nt. T.M. Schalken) en Rb. Noord-Holland 13 juni 2013, LJN CA2958.

aanleiding gaf voor twijfel aan het systeem van de Wet BIG moet naar ons oordeel niet enkel op deze wet worden beoordeeld, maar op het functioneren van de wet binnen het geheel aan wetgeving, met name de overige mogelijkheden tot kwaliteitsbewaking. Dan valt deze balans voor de Wet BIG anders en gunstiger uit.

Casus Jomanda

Sylvia Millecam weigerde reguliere behandeling van de bij haar gediagnosticeerde borstkanker. Het door reguliere artsen opgestelde behandelplan wees zij af. Zij bezocht meerdere niet-reguliere artsen en won adviezen in bij het genezend medium Jomanda.[385] Drie artsen zijn strafrechtelijk vervolgd en door het gerechtshof Amsterdam veroordeeld tot voorwaardelijke gevangenisstraffen wegens het opzettelijk benadelen van de gezondheid van Millecam, met zwaar lichamelijk letsel tot gevolg. Daarnaast heeft de inspectie voor de gezondheidszorg een tuchtprocedure tegen deze artsen aangespannen. Het Centraal Tuchtcollege legde aan twee artsen de zwaarste maatregel op: doorhaling van de inschrijving in het BIG-register. Aan de derde arts is een onvoorwaardelijke schorsing van de inschrijving opgelegd voor de duur van een jaar.

Er is een artikel 12 Sv-procedure aan te pas gekomen om het Openbaar Ministerie te brengen tot strafrechtelijke vervolging van Jomanda, die Millecam onder andere sterkte in de verwachting dat zij leed aan een bacteriële infectie en niet aan kanker.

Op 19 juni 2009 werd Jomanda door de rechtbank Amsterdam vrijgesproken. De uitkomst van die strafzaak is in belangrijke mate bepaald door het feit dat het na het overlijden van Millecam (2001) vele jaren heeft geduurd voordat het OM is overgegaan tot vervolging. Door de wettelijke verjaringsregeling kon Jomanda toen niet meer worden vervolgd op basis van artikel 96 Wet BIG (er is sprake van strafwaardig handelen indien bij het verrichten van handelingen op het terrein van de individuele gezondheidszorg buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander wordt veroorzaakt), noch louter op het in art. 300 lid 1 Sr. strafbaar gestelde misdrijf van eenvoudige mishandeling of de in de artikeln 307 en 308 Sr. omschreven misdrijven waarin niet het opzet doch het minder zware verwijt van schuld van de verdachte centraal staat.

De waardering van de feiten door de rechtbank was “kantje boord”. Aan de ene kant stelde de rechtbank vast dat Jomanda “*ernstig tekort was geschoten in zorgvuldigheid* “ jegens Millecam, maar dat dit van de andere kant, vooral gezien de persoonlijkheid van Millecam, niet van zodanige invloed is geweest dat Jomanda in strafrechtelijke zin voor de schade aan de gezondheid verantwoordelijk kon worden gehouden.

Het gerechtshof Amsterdam hanteerde eveneens een zeer terughoudende beoordelingsmaatstaf voor de beoordeling van de vraag onder welke omstandigheden een niet-reguliere behandelaar wel met succes kan worden vervolgd op basis van zware mishandeling dan wel opzettelijke benadeling van de

385 Zie over de details van de ziektegeschiedenis: De zorgverlening aan S.M. Een voorbeeldcasus. IGZ, 2004.

gezondheid. Een "*dergelijk uitzonderlijk*" geval doet zich volgens het hof al niet meer voor indien vaststaat dat de betrokken patiënt in de periode waarin zij adviezen en bijstand van de alternatief behandelaar ontvangt tevens onder "*behandeling van artsen*" staat. De Hoge Raad heeft, na cassatieberoep van het OM, het arrest in stand gelaten en lijkt daarbij een nog terughoudender maatstaf aan te leggen dat het hof heeft gedaan. De Hoge Raad overweegt dat de omstandigheid dat Jomanda "*het geven van adviezen en bijstand vergezeld heeft doen gaan van het advies (ook) een arts te bezoeken*" niet snel meebrengt dat sprake is van een grove schending van de op de verdachte rustende zorgplicht. Deze casus illustreert hoe moeilijk het is om de balans tussen vrijheid en bescherming te vinden, maar ligt overigens in het verlengde van een beoordeling van de niet-reguliere behandelaar via de Wkkgz.[386]

8.4 Geheimhouding in de Wet BIG

Artikel 88 Wet BIG over de geheimhouding leidt een relatief onopvallend bestaan. Het beroepsgeheim als zodanig is geen onderdeel van de opdracht van deze evaluatie, doch de plaats ervan in de Wet BIG geeft wel aanleiding voor een enkele opmerking in dit kader. In de vorige evaluatie van de Wet BIG is aan de systematische plaats van dit artikel geen aandacht besteed. Toch is de opname van de geheimhouding juist in deze wet niet geheel onproblematisch. In de zaak over de reikwijdte van het beroepsgeheim uit hoofde van artikel 88 Wet BIG die in 1999 bij de Hoge Raad diende, is al eens aan de orde gekomen of een vertrouwensarts zich op deze grondslag op zijn verschoningsrecht kon beroepen. De Hoge Raad beperkte de reikwijdte tot het uitoefenen van een beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg als bedoeld in artikel 88 jo artikel 1 lid 1 Wet BIG.[387] Daarmee valt een groot deel van de beroepsmatige handelingen van bijvoorbeeld artsen en verzorgenden buiten de individuele gezondheidszorg en dus ook buiten het algemene beroepsgeheim. In de desbetreffende casus sloot de Hoge Raad niet uit, dat op andere grondslag een functionele geheimhoudingsplicht bestond. Enige controverse bleef bestaan over de geheimhouding van de vertrouwensarts.[388] De afbakening van de individuele gezondheidszorg op basis van artikel 1 Wet BIG is hier niet minder problematisch dan bijvoorbeeld bij het tuchtrecht, zoals gesignaleerd in hoofdstuk 6. Een meer fundamentele vraag is of het beroepsgeheim wettelijke geregeld moet worden bij het beroep of bij de zorgverlening, de keuring, de sportbegeleiding enzovoort. Is het zo dat de arts bijvoorbeeld uit hoofde van zijn beroepskwalificaties een geheimhoudingplicht en verschoningsrecht toekomt (vergelijk artikel 272 Sr) of uit hoofde van de zorgverlening (waarvoor bijvoorbeeld artikel 7:457 BW een grondslag biedt)? In de specifieke context is meer ruimte voor de afbakening van de betrokken belangen van de geheimhouding (zoals bij de keuring of in de positie als vertrouwensarts die moet kunnen melden aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling). De geheimhouding, zoals geformuleerd in de Eed van Hippokrates, is altijd sterk verbonden geweest met het beroep als zodanig, zoals in het klassieke arrest van de Hoge Raad van 21 april 1913:[389] *"De verplichting tot*

386 HR 14 mei 2013, GJ 2013, 83 (m.nt. J.H. Hubben).

387 HR 15 oktober 1999, *TvGR* 200, 8.

388 Veldkamp 1995 en De Jong 2002b en Pollman 2004.

389 HR 21 april 1913, *NJ* 1913, p. 958.

geheimhouding berust op de eigenaardige eisen van het uitgeoefende beroep. Een ieder, die zich of een der zijnen onder behandeling van een geneesheer stelt, kan erop rekenen, dat hetgeen deze bij die behandeling door mededelingen van de zieke zelf of te zijnen behoeve gedaan of door eigen onderzoek omtrent zijn patiënt te weten komt – al hetwelk geacht moet worden de geneesheer als zodanig te zijn toevertrouwd – geheim blijft, vermits alleen bij voldoening aan die eis kan worden voorkomen, dat de zieken zelf of zij die geroepen zijn voor hen te zorgen, uit vrees voor openbaarheid zich laten weerhouden geneeskundige hulp in te roepen en dus slechts dán het doel van het aan geneeskundigen toekomend verschoningsrecht kan worden bereikt".

Het beroep brengt de geheimhouding met zich mee. Niet onverkort door de deskundigheid en gerechtigheid tot de beroepstitel middels inschrijving in het BIG-register, maar veeleer door de beroepsuitoefening, ofwel de zorgverlening (hetgeen zowel in het genoemde arrest van de Hoge Raad uit 1999 reeds tot uitdrukking kwam, alsook in de formulering van artikel 88 Wet BIG, dat het geheim in het kader van de uitoefening van het beroep in de individuele gezondheidszorg moet worden bewaard).

De vraag lijkt op zijn plaats of de ontwikkelingen van het beroepsgeheim[390] niet een meer gedifferentieerde behandeling in de wet verlangen, waarbij aangesloten wordt bij de overige bijzondere verplichtingen uit hoofde van de zorgverlening, zoals neergelegd in bijvoorbeeld de WGBO, Wcz, Wkkgz, de Wet medische keuringen (Wmk). Hoort de vertrouwelijkheid niet als integraal onderdeel bij de zorgverlening, inclusief het daaruit voortvloeiend verschoningsrecht, in plaats van als een privilege van het beroep, waardoor het misverstand wordt gevoed dat het beroepsgeheim een eigen recht is van de beroepsbeoefenaar, in het bijzonder de arts?[391] Is het daarom ook niet beter de geheimhouding in de kwaliteitsregulering te adresseren, waar het verband met het verwerken van persoonsgegevens als bedoeld in de Wbp en de dossierplicht en het inzagerecht neergelegd in de WGBO en het resterend deel van de Wcz kan worden gelegd?

Het subject van geheimhouding wordt bepaald door de reikwijdte van de beroepsspecifieke bepalingen en daar bestaat nu voor geneeskundige behandelingen een samenloop van artikel 7:457 BW en artikel 88 Wet BIG. Op grond van beide bepalingen hebben bijvoorbeeld artsen een zelfstandig beroepsgeheim. Is er geen behandelingsovereenkomst, dan is de bepaling met betrekking tot het beroepsgeheim dan toch, in de meeste gevallen met analoge toepassing van de WGBO op grond van artikel 7:464 BW, op dit handelen van toepassing. Dat wil zeggen: 'voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich er niet tegen verzet' en voor zover de noodzakelijke gegevensuitwisseling hier geen uitzondering op maakt. Aangezien slechts 'in de meeste gevallen' beide bepalingen elkaar dekken, kan zich volgens Buijsen een leemte voordoen, waarbij het denkbaar is dat de geheimhoudingsbepaling uit de Wet BIG nog een rol kan spelen.[392] Dekt de komende regeling voor patiëntenrechten overgebleven in de Wcz echter de gehele zorg voor alle zorgverleners, dan zou het toch de voorkeur genieten via deze wet de geheimhouding te regelen. Alle hulpverleners zonder

---

390 *Kamerstukken II* 2012/13, 33 400 XVI, m. 129 (brief minister van VWS n.a.v. Buijssen e.a. 2012).

391 Leenen e.a. 2007, p. 227.

392 Buijssen e.a. 2012, p. 70

geregistreerd beroep zijn dan direct aan de geheimhouding gebonden en niet via een afgeleide geheimhoudingsplicht. Er ontstaat dan een ondubbelzinnig recht op geheimhouding en een rechtstreeks verschoningsrecht voor de betrokken hulpverleners.

Met betrekking tot het object van de geheimhouding biedt de Wet BIG geen betere of nadere aanvulling ten opzichte van WGBO, Wbp, aangezien artikel 88 Wet BIG slechts in zeer algemene termen is geformuleerd en bijvoorbeeld artikel 7:457 BW in algemenere termen al weer meer uitzonderingen op de geheimhoudingsplicht beschrijft. Het object van de geheimhoudingsplicht in de WGBO omvat alles wat de hulpverlener in de uitoefening van zijn beroep van of over de patiënt te weten is gekomen. Artikel 88 BIG steekt er met de terminologie, sprekend over ‘geheimen’, archaïsch bij af.

Er zijn wetten die de geheimhoudingsplicht van de WGBO buiten toepassing verklaren, zoals de Wet SUWI en de Arbowet. Het is opvallend dat deze wetten de geheimhoudingsplicht van de Wet BIG niet buiten toepassing verklaren. De Wet BIG biedt – wanneer er sprake is van individuele gezondheidszorg – de betrokken beroepsbeoefenaren in deze situatie de mogelijkheid om te zwijgen wanneer voor belemmeringen in de toegang tot de gezondheidszorg moet worden gevreesd. In deze situatie kan de geheimhoudingsbepaling vooralsnog een meerwaarde hebben ten opzicht van de WGBO, maar de motieven daarvoor zijn niet helder.[393] Beter ware het voor de desbetreffende keuringsartsen in deze regeling zelf de afwegingen duidelijk neer te leggen.

De geheimhouding via de Wet BIG heeft in dat licht nog weinig toegevoegde waarde. De te summiere regeling suggereert te veel, dat uit hoofde van het beroep een geheimhoudingsplicht en een verschoningsrecht bestaan, terwijl deze beide strikt genomen voortvloeien uit het feit dat zorg wordt verleend (WGBO) en de toegang tot deze zorg moet worden beschermd, respectievelijk dat het gaat om persoonsgegevens, waarover grondwettelijk de persoon zelf beschikt (Wbp). Artikel 88 Wet BIG kan evenwel nog niet vervallen, totdat het beroepsgeheim elders integraal voor de zorg wordt geregeld.

8.5 Samenloop van de handhaving

Naast de disciplinerende werking van de private handhaving van de kwaliteit blijft de noodzaak bestaan tot bestuurlijke en strafrechtelijke handhaving van de beroepenregulering door de IGZ en het Openbaar Ministerie, naast de tuchtrechtelijke handhaving door de tuchtcolleges. Volgens de onderzoekers kan over de eenheid van het handhavingsbeleid nog beter worden nagedacht. Er bestaat immers een samenloop van de middelen ten behoeve van de (vernieuwde) kwaliteitsregulering, de handhaving van de beroepenregulering, de strafrechtelijke handhaving en het tuchtrecht. Die instrumenten kunnen deels naast elkaar worden ingezet. De casus van de Hoornse gynaecoloog laat een samenloop van tuchtrechtelijke en strafrechtelijke handhaving zien.

---

393 Buijssen e.a. 2012, p. 67-69.

Bij de samenloop zijn met name twee sporen te volgen ten aanzien van maatregelen door de overheid jegens de beroepsbeoefenaren:

- de samenloop van maatregelen op grond van de Kwz en Wkggz door de IGZ en de minister van VWS in verhouding tot de mogelijkheid van de IGZ om middels het tuchtrecht beroepsbeperkende maatregelen uit te lokken;
- de samenloop van maatregelen op grond van het tuchtrecht van de Wet BIG ten opzichte van strafrechtelijke handhaving zowel van de bepalingen uit de Wet BIG als bepalingen uit het commune strafrecht.

Casus Gynaecoloog in Hoorn[394]

Een risico-patiënte is eerder bevallen middels een keizersnede. Met de behandelend gynaecoloog spreekt zij af dat gedurende drie uur wordt geprobeerd de bevalling langs vaginale weg te laten plaatsvinden. Het loopt allemaal anders. De dienstdoende gynaecoloog heeft onvoldoende zicht op de gemaakte afspraak. Hij ziet haar pas uren na opname. Gedurende de dag van opname wordt onvoldoende vervolg gegeven aan het feit dat de ontsluiting zeer traag vordert. De verloskundige stelt het beleid van de gynaecoloog ter discussie, maar dat wordt haar niet in dank afgenomen. Aan de ingestelde bewaking wordt onvoldoende vervolg gegeven. Aan het eind van de middag gaat de dienstdoend gynaecoloog naar huis zonder goede werkafspraken te maken met de verloskundige en de andere leden van het team. Thuis kan de gynaecoloog het CTG niet volgen en heeft hij beperkt toegang tot het elektronisch patiëntendossier. In die periode blijkt een verslechtering. Drie uur later wordt de gynaecoloog gealarmeerd. Er wordt dan besloten tot een kunstverlossing. Het kind komt een uur later in slechte toestand ter wereld en overlijdt enkele dagen later. De moeder loopt een uterusruptuur op met openscheuren van het oude litteken.

Naast een strafrechtelijke vervolging neemt de IGZ het initiatief tot een klacht bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam. Dit college legde op 7 juni 2011 een berisping op. In hoger beroep is deze maatregel, zij het op andere gronden, gehandhaafd. De rechtbank Alkmaar veroordeelde de gynaecoloog wegens dood door schuld (ten aanzien van de baby) en het toebrengen van zwaar lichamelijk letsel door schuld (ten aanzien van de moeder) tot een maand gevangenisstraf voorwaardelijk. Het contrast is opmerkelijk.

Verhouding tuchtrecht en administratieve handhaving

De artikelen 7 en 8 Kwz zijn bepalingen van toezicht en handhaving die concurreren met het tuchtrecht. In artikel 8 is de bevoegdheid tot het geven van een bestuursrechtelijke sanctie neergelegd. De minister kan een schriftelijke aanwijzing geven indien artikel 2, 3 of 4 Kwz niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze worden nageleefd. Artikel 8 lid 4 geeft aan de ambtenaren van het Staatstoezicht (IGZ) een ingrijpende bevoegdheid om in geval van direct gevaar voor de veiligheid of de gezondheid, een schriftelijk bevel te geven. Dit bevel heeft een geldigheidsduur van zeven dagen en kan door de minister worden verlengd. In de praktijk kan een dergelijke aanwijzing of bevel de

394 Zie Rb. Alkmaar 24 september 2012, *LJN* BX8124, *GJ* 2013/13 (m. nt. J.H. Hubben).

strekking hebben dat een beroepsbeoefenaar zijn praktijk staakt.[395] Men bereikt hetzelfde met een schorsing en doorhaling via het tuchtrecht. Een spoedbehandeling in een tuchtrechtelijk kort geding (artikel 65 lid 6 Wet BIG) kan leiden tot een tuchtrechtelijke schorsing op korte termijn. In de praktijk blijkt eerder de route van de administratieve maatregel te worden gevolgd,[396] waarbij niet direct een dossier bij de tuchtrechter behoeft te worden gepresenteerd en in de eventuele administratieve bezwaarfase gelegenheid is voor de IGZ en de minister om de motivering van de opgelegde maatregel of het bevel aan te vullen. Het is de vraag of dit uit oogpunt van rechtsbescherming wenselijk is, nu de geëigende, gespecialiseerde rechter de casus niet tijdig toetst.

Op grond van artikel 87a Wet BIG heeft de IGZ een bevoegdheid tot het geven van een schriftelijk bevel indien een individuele beroepsbeoefenaar verplichtingen uit artikel 40 Wet BIG niet of onvoldoende naleeft. Deze bevoegdheid wordt overgeheveld naar de komende Wkkgz (artikel 27 tot en met 29). Niettemin blijft ook hier het samenloopprobleem bestaan. Zie bijvoorbeeld in de casus die leidde tot het oordeel in het kader van een voorlopige voorziening door de rechtbank Amsterdam (administratieve voorzieningenrechter) op 16 mei 2012,[397] waarbij op basis van een zeer onvolkomen praktijkvoering een vrijgevestigd psychiater feitelijk werd geschorst. Er werd ook een tuchtklacht ingediend met verzoek om een spoedbehandeling, doch kennelijk diende de zaak tuchtrechtelijk eerst veel later, zodat de IGZ gebruik maakte van de mogelijkheid tot het (tijdelijk) stopzetten van de praktijk. Wanneer de beoordeling via het administratieve recht aantrekkelijk is, verliest het tuchtrecht hier een belangrijke functie. De noodzaak tot een spoedbehandeling vervalt in feite en een tuchtrechtelijke beoordeling kan op de lange baan worden geschoven, nadat de stillegging van de praktijk al een *fait accompli* is. Het belang bij een tuchtrechtelijke vervolging kan op het eerste gezicht zelfs geheel vervallen als de praktijk via de administratieve route is gesloten en de verantwoordelijk beroepsbeoefenaren deze niet (op vergelijkbare wijze) elders weer openen.[398] Bij deze afweging dient echter te worden betrokken dat een tuchtrechtelijke procedure, meer dan de bestuursrechtelijke weg, kan bijdragen aan inhoudelijke normering van het beroepsmatig handelen.

Tevens kan de tuchtrechter maatregelen opleggen die strekken tot gedeeltelijke ontzegging van de beroepsuitoefening (artikel 48 lid 1 onder e). Dat geeft de mogelijkheid tot maatwerk, zoals het alleen nog in dienstverband werkzaam mogen zijn of niet langer in de individuele (één op één) gezondheidszorg werkzaam zijn.[399] Door deze mogelijkheid kan de tuchtrechter vrijwel dezelfde maatregelen opleggen, die anders via publiekrechtelijke weg van de maatregel ex artikel 8 Kwz of artikel 27 Wkkgz aan de hulpverlener kunnen worden afgelegd. De maatregelen in dat laatste verband richten zich evenwel tot de instelling (tenzij het een solerende hulpverlener betreft in het kader van de Wkkgz), zodat deze maatregelen de omweg van de instelling moeten nemen, wanneer

395 Vgl. CTG 11 mei 2010, *LJN* YG0286.

396 Vgl. o.a. de casus cardiologen Ruwaard van Putten, besluiten IGZ d.d. 21 november 2012.

397 Rb. Amsterdam 16 mei 2012, BX3370.

398 Vgl. voor het sluiten van een kleine kliniek, dat dicht in de buurt komt van een opgelegde praktijkbeëindiging ook: Rb. Rotterdam 17 maart 2011, BP8090.

399 Zie RTG Amsterdam 25 juli 2002, *TvGR* 2003/10 en 7 juli 2009, *GJ* 2009/127, RTG Eindhoven 3 november 2010, *LJN* & *G0* 636, alsmede 23 mei 2013, *TvGR* 2013/3 (m.n. A.C. Hendriks)

zij tegen de individuele hulpverlener zijn gericht. Voor maatregelen gericht tegen de individuele hulpverlener is dan de tuchtrechtelijke weg het meer geëigende kader, waarin een individuele verantwoording en de individuele maatregelen op hun plaats zijn. In het kader van de rechtsbescherming is een administratieve rechter minder gespecialiseerd en biedt de tuchtrechter een beoordeling met meer eigen deskundigheid.

Verhouding t.o.v. Openbaar Ministerie

In theorie is er afstemming tussen het OM en de IGZ. Zoals beschreven in hoofdstuk 7 hebben zij een gezamenlijk samenwerkingsprotocol. Dit leidt er in de praktijk niet toe dat informatie rond strafbare feiten altijd gemeld wordt door de IGZ aan het OM. Aan de relatie valt het nodige te verbeteren (zie paragraaf 7.8.3). Een meer principieel punt is de vraag welke zaken geschikt zijn voor tuchtrechtelijke en welke voor strafrechtelijke afdoening. Het resultaat kan in zoverre langs beide wegen materieel hetzelfde zijn, waar ook de strafrechter volgens artikel 28 lid 1 onder 5 Sr een ontzetting uit het beroep als bijkomende straf kan opleggen (zoals recentelijk ook werd toegepast in de casus van de gynaecoloog uit Hoorn).[400] Wel is de duur van de ontzegging – behoudens bij veroordeling tot levenslange gevangenisstraf, hetgeen niet te verwachten valt in de zorg – in het strafrecht beperkt tot maximaal vijf jaar (artikel 31 Sr). Een doorhaling van de inschrijving in het register door de tuchtrechter kan zich langer in de tijd uitstrekken.

De onderzoekers realiseren zich dat bij de vraag of gekozen moet worden voor het strafrecht of tuchtrecht geen vaste lijn is te trekken, te meer daar de wetgever de bevoegdheden tot vervolging door het OM en de ontvankelijkheid van de IGZ bij de tuchtcolleges op geen enkele manier heeft willen binden aan beslissingen van de andere bestuursorganen, rechterlijke instanties of colleges. De IGZ en het OM opereren in beginsel met autonomie ten opzichte van elkaar. Mocht de ontwikkeling echter in de richting gaan waarin enerzijds maatschappelijke relevante zaken door het OM voor het strafrecht geëigend worden beschouwd en tot vervolging aanleiding geven en anderzijds de bestuurlijke weg worden gekozen door de IGZ en de minister van VWS om als bestuursorganen en vanwege de politieke verantwoordelijkheid snel en daadkrachtig op te treden, dan resteert er voor het tuchtrecht een maatschappelijk minder prominente rol, waarin de zaken die de aandacht vragen van media en politiek reeds met hoger profiel of sneller resultaat langs administratieve en strafrechtelijke weg zijn aangepakt. Het algemeen gesignaleerde beeld, dat de ‘grote zaken’ in de afgelopen jaren niet bij de tuchtrechter terecht kwamen, wijst eveneens in die richting. Het ware wenselijk het instrument van het tuchtrecht in het beleidsmatig overleg tussen de IGZ en het OM als geëigende instantie voor de berechting van vakinhoudelijke zaken nadrukkelijker ruimte te bieden.

---

400 Zie Rb. Alkmaar 24 september 2012, *LJN* BX8124, *GJ* 2013/13 (m. nt. J.H. Hubben).

Casus Jansen-Steur

De neuroloog Jansen Steur uit het Medisch Spectrum Twente te Enschede zonder deugdelijk onderzoek vele onjuiste diagnoses als Alzheimer, Parkinson en MS. Na het ontvreemden van medicijnen voor eigen gebruik werd de toelatingsovereenkomst door het ziekenhuis beëindigd. Problematisch was met name dat de professionele omgeving van Jansen Steur niet voldoende corrigerend optrad en hij jaren zijn gang kon gaan. Na zijn vertrek uit het MST heeft Jansen Steuer zich uitgeschreven uit het BIG-register. In Duitsland heeft hij zijn praktijk hervat, mede op basis van een oude verklaring van inschrijving in het BIG-register.

Het handelen van Jansen Steur en het toezicht van de IGZ werden onderwerp van vele onderzoeken van de IGZ, de Commissie LemstraI I en II, de Commissie Hoekstra, en advies van professor Legemaate. Tegen Jansen Steuer, drie bestuurders en drie regionaal inspecteurs van de IGZ zijn uiteindelijk tuchtklachten ingediend, die nog moeten worden behandeld. De strafvervolging tegen Jansen Steuer door het OM dient eind 2013 in eerste aanleg.

De vraag rees waarom de IGZ niet eerder een tuchtklacht had ingediend. Dat had achteraf gezien in de rede gelegen. De IGZ had ervan afgezien in verband met de ingezette vervolging en de mogelijkheid om direct te kunnen optreden, indien Jansen Steur zich weer opnieuw zou inschrijven (ondanks zijn verklaring dat hij dat niet meer zou doen). De IGZ heeft het BIG-register verzocht een dergelijk inschrijvingsverzoek bij haar te melden.[401]

8.6 Europese regelgeving en uitwisseling gegevens onbevoegde beroepsbeoefenaren

De maatregelen in het kader van het tuchtrecht hebben in beginsel net zoals wetgeving territoriale werking. Het Nederlands recht geldt in Nederland. Aparte rechtsregels zijn nodig om te voorkomen dat een beroepsbeoefenaar die in Nederland is doorgehaald in het register in het buitenland weer de praktijk in zijn doorgehaalde hoedanigheid hervat. In Europa is daarom gesproken over de wenselijkheid van een ‘zwarte lijst’. In EU-verband wordt tot nu toe door middel van de Europese Richtlijn erkenning beroepskwalificaties, alleen informatie over beroepskwalificaties uitgewisseld. Eind juni 2013 is er in de EU een akkoord bereikt over de herziening van deze richtlijn. In de herziening is afgesproken dat er per 2015 een actief waarschuwingsmechanisme komt, dat inhoudt dat de bevoegde autoriteiten (in Nederland het BIG-register) alle lidstaten en de Europese Commissie actief moeten waarschuwen wanneer er tegen een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar een maatregel is genomen in de lidstaat waar hij werkzaam is. Deze waarschuwingen zullen niet alleen uitgaan bij volledige beroepsverboden (doorhalingen en schorsingen), maar ook bij lichtere maatregelen als gedeeltelijke ontzeggingen en bevoegdheidsbeperkende voorwaarden. Anticiperend hierop heeft de minister van VWS reeds bilaterale afspraken gemaakt met landen als Engeland, Zweden, Finland, Luxemburg, Denemarken, Ierland en Noorwegen om elkaar actief te waarschuwen. Alle EU-landen ontvangen bovendien maandelijks een lijst met Nederlandse bevoegdheidsbeperkende maatregelen

401 Minister van VWS, brief van 22 januari 2013 aan de Tweede Kamer, kenmerk MEVA-U-3150929.

opgelegd door de tucht- of strafrechter. Om bevoegdheidsbeperkende maatregelen ook zoveel mogelijk voor burgers inzichtelijk te maken, linkt de Nederlandse website van het BIG-register naar vergelijkbare informatie in andere landen (Engeland, Noorwegen en Denemarken) en wordt de BIG website in het Engels toegankelijk gemaakt.[402]

De Wet BIG kent reeds een weigeringsgrond voor de inschrijving van personen indien deze het recht op uitoefening van hun beroep ten gevolge van een rechterlijke, tuchtrechtelijke of bestuursrechtelijke beslissing hebben verloren (artikel 41 tot en met 43 Wet BIG). De effectieve toepassing van deze weigeringsgrond wordt verhoogd door de Europese afspraken. Voor het functioneren van de Wet BIG in Nederland als zodanig heeft de herziening van de richtlijn in dat opzicht voor het overige geen directe gevolgen.

8.7 Wet BIG en fraude

Fraude in de zorg is een actueel thema geworden en heeft in het parlement de nodige aandacht gekregen, zoals blijkt uit antwoorden op kamervragen over de aanpak van fraude.[403] Naar aanleiding van een motie van Bruins Slot en Klever[404] is het onderwerp alsnog betrokken bij het onderzoek, hoewel het geen deel van de vraagstelling van deze evaluatie uitmaakte en het onderzoek zich in zijn afrondende fase bevond.

De Wet BIG speelt een bescheiden rol in het bestrijden van fraude in de zorg. In het kader van de Zvw houden de zorgverzekeraars toezicht op het rechtmatige karakter van de ontvangen en te betalen declaraties. De zorgkantoren vervullen deze functie voor de AWBZ. De NZa houdt op haar beurt weer toezicht op de zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Verzekeraars hebben een gezamenlijke werkgroep waarin strafrechtveroordelingen en aansprakelijkheidsveroordelingen in het civiele recht met elkaar besproken worden. Daar worden ook fraudegevallen ingebracht, hetgeen bijdraagt aan het signaleren van systematische fraude. De zorgverzekeraars hebben een convenant met het OM, waarin is afgesproken wanneer het OM geraadpleegd wordt als er sprake is van een frauderende beroepsbeoefenaar. In dit kader doet ZN aangifte van geconstateerde fraude in de zorg. De zorgverzekeraars en zorgkantoren weigeren in beginsel nieuwe contracten aan (stelselmatige) fraudeurs, althans zij hebben daarover in hun algemene zorginkoopvoorwaarden bepalingen opgenomen. Daarbij hebben zij een eigen instrument om voor zichzelf de frauderende beroepsbeoefenaren als contractant voor de toekomst uit te sluiten. Indien deze personen bijvoorbeeld gaan werken in een instelling, waarmee de zorgverzekeraars zorginkoopcontracten sluiten ligt dat anders. De verzekeraars behoeven er bijvoorbeeld niet van op de hoogte te zijn dat een op basis van fraude uitgesloten beroepsbeoefenaar in een bepaalde instelling gaat werken. Het is ook niet gezegd dat dan dezelfde risico's op fraude zullen bestaan. De zorgverzekeraars zouden er toch een belang bij hebben niet alleen aangifte te doen bij het OM, maar

---

402 Minister van VWS, brief van 16 juli 2013, kenmerk 132681-106928-MEVA, p.6.

403 *Kamerstukken II* 2012/13, nr. 2351 (23 mei 2013).

404 *Kamerstukken* 2012/13, 278 828, nr. 38.

tevens een klacht in te dienen bij het tuchtcollege met als doel de fraudeur voorgoed of voor langere tijd te laten doorhalen in het BIG-register of tenminste een berisping als openbare waarschuwing te laten gelden. Kennelijk beschouwen de zorgverzekeraars zich geen rechtstreeks belanghebbende bij de individuele gezondheidszorg in de zin van artikel 65 lid 1 onder a Wet BIG, waardoor zij zelf rechtstreeks toegang hebben tot de tuchtrechter en behalve aangifte ook een tuchtklacht kunnen indienen tegen de stelselmatig frauderende beroepsbeoefenaar. Niet alleen de behandeling van de patiënt schept een direct belang voor de persoon van de patiënt, ook hetgeen de hulpverlener verklaart over de verleende individuele gezondheidszorg en met name de declaraties die hij op basis daarvan verstuurt aan de zorgverzekeraar valt onder de reikwijdte van de tweede tuchtnorm.[405] Behalve de patiënt kan een derde daarbij belanghebbend zijn.[406] De zorgverzekeraars zouden meer gebruik kunnen maken van hun eigenstandig recht te klagen over onrechtmatig gedrag bij declareren.

Er is voorts een rol voor de IGZ door het algemene toezicht dat de IGZ uitoefent op de beroepsuitoefening. De IGZ kan klagen over fraude in de zorg door een individuele beroepsbeoefenaar op grond van artikel 65 lid 1 sub d Wet BIG. Het is de onderzoekers echter opgevallen dat er evenwel nauwelijks relevante tuchtrechtelijke jurisprudentie gevonden kan worden over fraude en de daarbij passende strafmaat. Er wordt kennelijk nog te weinig actief beleid op het punt van de (enkele) zorgfraude gevoerd. Er is, behoudens een incidentele uitspraak, nog geen maatstaf in het tuchtrecht ontwikkeld. In welke mate fraude leidt tot een waarschuwing, een (openbare) berisping, een tijdelijke doorhaling in het BIG-register of een definitieve (en daarmee de facto een ‘beroepsverbod’, zoals de motie het formuleert) is daardoor niet te zeggen. Het lijkt redelijk te veronderstellen, dat voor de tuchtrechter een incidentele declaratiefout aanleiding zal geven voor een lichte maatregel en stelselmatig oplichting van de zorgverzekeraar tot de zwaarste maatregel. Het tuchtrecht concurreert hier met het strafrecht (valsheid in geschrifte: artikel 225 jo 235 Sr), maar gelet op het specifieke karakter van het zorgfraudevraagstuk en de eigen toegang van zorgverzekeraars en de IGZ tot de tuchtrechter die de meest passende en verstrekkende gerichte maatregel kan opleggen – het uitsluiten van de beroepsbeoefenaar uit de zorg – beveelt de onderzoekscommissie dit instrument nadrukkelijk in de aandacht van zorgverzekeraars (zorgkantoren) en IGZ aan.

Het fenomeen dat op AGB-codes van niet langer praktiserende beroepsbeoefenaren frauduleus wordt gedeclareerd, kan tenminste gedeeltelijk worden tegengaan met de aanbeveling dat het BIG-registratienummer op de declaraties wordt vermeld, die via het BIG-register een zekere controle mogelijk maakt.

---

405 *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 75 en 76 en nr. 7, p. 97.

406 Vgl. CTG 8 november 2001, *TvGR* 34 en 5 februari 2002, *TvGR* 2002/46.

9

Samenvattende slotbeschouwing en advies

9.1 Inleiding

De Wet BIG, die vanaf 1 januari 1994 gefaseerd in werking trad en die sinds 1 december 1997 – afgezien van artikel 8 – geheel in werking is, is gericht op het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de bescherming van het publiek tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen in de gezondheidszorg. De wet beoogt een evenwicht te realiseren tussen de bescherming van patiënten en burgers en de keuzevrijheid van patiënten en burgers. Daartoe regelt de wet dat bepaalde geneeskundige handelingen zijn voorbehouden aan beroepsbeoefenaren die daartoe bevoegd zijn, de 'voorbehouden handelingen' van artikel 36. Dat wordt gecombineerd met een stelsel van titelbescherming van basisberoepen (artikel 3), van specialismen langs privaatrechtelijke weg (op grondslag van artikel 14) en de opleidingstitelbescherming (artikel 34). De kwaliteitsbewaking geschiedt voorts langs de weg van enkele tuchtnormen en een daaraan gekoppeld stelsel van tuchtrechtspraak. Daarmee is de wet een samenstel van beroepenregulering, kwaliteitsbewaking en tuchtrecht. Deze drie onderdelen hangen met elkaar samen, hetgeen blijkt uit het feit dat alleen de geregistreerde beroepen zijn onderworpen aan het tuchtrecht.

De eerste evaluatie van de wet uit 2002 toonde aan dat de wet wordt gezien als een instrument ter bescherming van de patiënt en als een potentieel belangrijk kwaliteitsinstrument. De evaluatie wijst op de beperkte kennis van de wet bij burgers en professionals en pleit voor intensivering van de inzet van de instrumenten van de wet en aanscherping van de handhaving. De vernieuwingen in het tuchtrecht worden in de eerste evaluatie als positief beoordeeld, waarbij een aantal voorstellen tot aanpassing wordt gedaan. In het eerste evaluatieonderzoek zijn 72 voorstellen geformuleerd, gericht op het systeem van de wet, het uitvoeringsbeleid, voorlichtingsactiviteiten en de uitvoeringspraktijk. In bijlage 4 bij het onderhavige evaluatierapport is daarvan, naar de stand per 1 maart 2013, een overzicht gegeven, evenals van de wijze waarop daaraan gevolg is gegeven.

In deze tweede evaluatie staat de vraag centraal of de Wet BIG, die inmiddels vijftien jaar bestaat, zijn doelen behaalt en voldoende toekomstbestendig is. De achtergrond van die vraagstelling wordt mede bepaald door grote veranderingen in de zorg die zich in die periode hebben voorgedaan. Te wijzen is in dat verband op taakverschuiving (die in deze evaluatie minder aandacht krijgt omdat het experimenteerartikel over taakherschikking recent in werking is getreden), de introductie van marktwerking en maatschappelijke veranderingen zoals de toegenomen risicoaversie, die onder meer

blijkt uit de risico-regelreflex die voortdurend in gang wordt gezet door verschillende incidenten met individueel disfunctionerende beroepsbeoefenaren. Deze evaluatie vindt plaats tegen de achtergrond van een aantal geruchtmakende zaken van disfunctionerende beroepsbeoefenaren. In hoofdstuk 8 zijn voorbeelden daarvan in de tekst verwerkt en het verband met de bevindingen van deze evaluatie aangegeven. Wat er zij van de wetstechnische aspecten daarvan, de onderzoekers menen dat de Wet BIG moet functioneren in een omgeving, waarin de toegenomen publieke aandacht voor niet alleen het disfunctioneren van beroepsbeoefenaren, maar ook de reactie van de toezichthoudende partijen in het rond het zorgproces een gegeven is. De onderliggende risicoaversie vertaalt zich in een roep om een reactieve, zelf proactieve omgeving, die de beroepsbeoefenaren tijdig corrigeert. De wetgever heeft in de stelselwijziging hierop reeds ingespeeld.[407]

In dit slothoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen van de evaluatie samengenomen en worden conclusies en aanbevelingen gepresenteerd. In paragraaf 9.2 is het systeem van titelbescherming en -registratie aan de orde. Paragraaf 9.3 betreft de opleidingseisen en deskundigheidsgebieden. Daarna gaat paragraaf 9.4 in op de voorbehouden handelingen, 9.5 op het tuchtrecht en 9.6 op het strafrecht. In de paragrafen 9.2 t/m 9.6 worden de deelvragen A t/m F beantwoord. In paragraaf 9.7 worden nog een aantal opmerkingen gemaakt over de systematiek van de wet. De onderzoeksvragen over de doelbereiking en de toekomstbestendigheid van de wet worden vervolgens in paragraaf 9.8 beantwoord. Daarbij worden ook de bevindingen van de analyse uit hoofdstuk 8 over de algemene systematiek van de wet en de aansluiting op overige wetgeving meegenomen. In paragraaf 9.9 is een overzicht gegeven van de aanbevelingen en hun belangrijkste adressanten.

9.2 Titelregistratie en titelbescherming

Het doel van de Wet BIG is het bieden van een waarborg voor kwaliteit. De wet probeert dat doel onder meer te bereiken door verplichte registratie van beroepen en de daaruit voortvloeiende bescherming van beroepen. Op dit moment zijn meer dan 440.000 beroepsbeoefenaren in het BIG-register opgenomen. Uit het empirisch onderzoek komt naar voren dat beroepsbeoefenaren en consumenten slechts in beperkte mate gebruik maken van het BIG-register. De website van het register is nogal gebruiksonvriendelijk. De opzet en (onderdelen van de) werking van het register alsmede het feit dat de consument intussen ook andere bronnen raadpleegt voor informatie over hulpverleners zijn debet aan de betrekkelijke waarde van het BIG-register als kwaliteitsinstrument.[408] Het register lijkt te worden overvleugeld door het breder ingezette kwaliteitsbeleid van de overheid en het veld.[409] Er is meer en interessantere informatie over kwaliteit voor burgers ontsloten dan tien jaar geleden. Burgers beschikken – zo laat het empirisch onderzoek zien – niet over veel kennis van BIG-gerelateerde kwesties. Tegelijkertijd is het vertrouwen van consumenten in zorginstellingen en beroepsbeoefenaren afgenomen sinds de eerste evaluatie van de wet. Tegenwoordig is de behoefte om te achterhalen of een beroepsbeoefenaar een beschermde titel voert en of er tegen een

407 Zie paragraaf 8.3.

408 Zie hiervoor paragraaf 3.2.2 en 3.5.

409 Zie hiervoor paragraaf 8.3.

beroepsbeoefenaar een tuchtmaatregel is uitgesproken, groter. Deze toegenomen behoefte blijkt echter niet uit een ruimer gebruik van het BIG-register door de burger. Sterker nog, het BIG-register wordt door consumenten als minst belangrijke overweging aangemerkt bij de keuze voor een zorgverlener.[410] De BIG-registratie is evenmin een instrument dat beroepsbeoefenaren nadrukkelijk gebruiken of uitdragen naar patiënten. Zo blijken beroepsbeoefenaren nauwelijks bereid om hun BIG-registratie meer zichtbaar te maken, bijvoorbeeld door hun BIG-nummer op eigen briefpapier te vermelden of door het dragen van een speld of badge.[411] Voor instellingen en zorgverzekeraars vormt het BIG-register wel degelijk een belangrijk (controle)instrument voor de kwaliteit van zorg. Instellingen raadplegen het register vooral bij sollicitatieprocedures, in veel grotere mate dan dit gebeurde ten tijde van de eerste evaluatie.[412] Nadat een beroepsbeoefenaar eenmaal in dienst is genomen, neemt het gebruik sterk af. Instellingen zoeken ook naar informatie via het BIG-register in geval van incidenten. In mindere mate dan instellingen gebruikt de IGZ de BIG-registratie, door beroepsbeoefenaren naar hun registratienummer te vragen. Nog minder vaak (minder dan 20%, met uitzondering van tandartsen waarvan 30% dat aangeeft) gebruiken beroepsbeoefenaren het register om na te gaan of beroepsbeoefenaren waarmee zij samenwerken BIG-geregistreerd zijn. Zorgverzekeraars gebruiken het register met name op het moment dat een (zorginkoop)contract wordt gesloten met de individuele beroepsbeoefenaar.[413]

Ondanks de relatieve ondoorzichtigheid van de regeling van de Wet BIG zowel voor burgers als voor het veld rond het functioneren van het BIG-register willen wij onderscheiden tussen de externe en de interne werking van de registratie. Met de externe werking wordt gedoeld op de publieksvoorlichtende taak van de registratie ten aanzien van beroepen in de individuele gezondheidszorg: heldere beroepenindelingen, verfijning daarvan in opleidings- en kwaliteitseisen, toegekende bevoegdheden, etc. De interne werking verwijst naar de functie die de registratie vervult voor de organisatie van de zorg en de wijze waarop partijen zoals zorgaanbieders, zorginkopers, en zorgverzekeraars daarop inspelen. Deze functie van de registratie behoeft minder door het publiek te worden herkend en doorgrond. Waar deze functie zijn uitwerking niet mist, is het aanvaardbaar, dat de patiënt het systeem van registratie ingewikkeld vindt. De handhaving, verfijning en bijbehorende afbakeningen van competenties, kwaliteitszorg, samenwerking etc. vinden welbeschouwd achter de voordeur van de zorg plaats. Daarbij vervult ook het BIG-register een niet onbelangrijke rol. Ook al lijkt het BIG-register bij het publiek minder in beeld, dit zegt nog niets over de werking van het register als intern modellerend instrument binnen de zorg. De betekenis van het BIG-register moet derhalve vooral worden gezocht in het systeem van *checks and balances* in de gezondheidszorg dat ermee in stand wordt gehouden.

Naast de BIG-registratie zijn er verschillende privaatrechtelijke registraties en kwalificaties. Het gaat bijvoorbeeld om kwaliteitsregistraties van beroepsorganisaties voor beroepen die op basis van artikel 3 Wet BIG geregistreerd staan (zoals het Kwaliteitsregister Tandartsen) of om Specialistenregisters

410 Zie hiervoor paragraaf 3.3.3. en 3.4.3.

411 Zie hiervoor paragraaf 3.4.1 en 3.5.

412 Zie hiervoor paragraaf 3.3.2.

413 Zie hiervoor paragraaf 3.4.1, 3.4.3 en 3.4.4.

voor beroepsgroepen die geen artikel 14 specialisatie zijn (zoals de KNMP-registratie van 'openbare apothekers'). Deze privaatrechtelijke titels vertonen, gezien hun naamgeving, de nodige gelijkenissen met erkende (specialismen)titels. Dat leidt tot de vraag hoe deze titels zich verhouden tot hetgeen is bepaald in artikelen 4 lid 2, 17 lid 2 en 34 lid 4 Wet BIG. Deze registraties creëren uiteraard niet dezelfde rechtsgevolgen als de BIG-registratie. Voor beroepsbeoefenaren leveren deze privaatrechtelijke titels 'registratiedruk' op. De vraag is bovendien of consumenten hun weg nog kunnen vinden in de veelheid aan registraties en bijbehorende titels.[414] Niet uitgesloten is dat de verschillen tussen publiekrechtelijke en privaatrechtelijke erkenningseisen voor specialismen tot verwarring bij de burger leidt, waardoor het voeren van een privaatrechtelijke titel mogelijk ook spanning met de artikelen 4 lid 2 dan wel 17 lid 2 Wet BIG oplevert.[415] Het lijkt de onderzoekers geen optie om vanwege mogelijk optredende verwarring privaatrechtelijke registratie in het algemeen te verbieden. Alleen wanneer door de imitatie van de wettelijk beschermende specialismenregistraties verwarring is te duchten, ligt optreden in de rede. Uitgaande van het simultaan bestaan van enerzijds de wettelijke beschermde en anderzijds private specialistische titelregistraties moet veeleer de oplossing worden gezocht in het monitoren en onderzoeken of private specialismen de wettelijk beschermde (BIG-)erkenning verdienen en overigens de BIG-registratie en op artikel 14 gebaseerde registraties zoveel 'profiel' mee te geven, dat de herkenbaarheid als de wettelijke en meest betrouwbare registratie zich doorzet. Daartoe is de inrichting van de voorgenomen registerautoriteit een aangewezen instrument. De registerautoriteit beheert in deze gedachte niet alleen de artikel-3 registers, zoals nu de praktijk is, maar ontsluit systematisch en met publiek gezag via haar website voor het publiek tevens de op artikel 14 gebaseerde registraties. Daartoe is het toekennen van de zbo-status aan de autoriteit naar het oordeel van de onderzoekers niet zonder meer noodzakelijk (de minister is immers verantwoordelijk voor de registratie ingevolge artikel 5).

De vraag is breder welke informatie het BIG-register op welke wijze aan het publiek moet kunnen verschaffen. Op dit moment zijn werkadressen van geregistreerden slechts sporadisch opgenomen in het BIG-register. Het CIBG denkt na over het koppelen van haar bestanden met het Handelsregister en het register van de DUO om de publieksvoorlichtende taak van het BIG-register te vergroten. De onderzoekers steunen deze initiatieven, maar wijzen op mogelijke privacybezwaren. Een andere verbetering om de vindbaarheid van beroepsbeoefenaren te vergroten voor consumenten, is de introductie van de verplichting voor BIG-geregistreerden om op eigen websites en eigen rekeningen het BIG-nummer te vermelden (vergelijk analoog artikel 38 lid 4 Wmg). Een verbetering om de functie van het BIG-register als intern modellerend instrument te vergroten zou daarnaast gevonden kunnen worden in de invoering van een wettelijke plicht tot raadpleging van het register door werkgevers. De verbeteringen kunnen zowel betrekking hebben op de informatie die via het BIG-register te traceren valt als op de wijze waarop die tot de gebruiker komt. Om de betekenis van het BIG-register als brede informatiebron meer tot zijn recht te laten komen, ligt het voor de hand om ook de huidige mogelijkheden via de sociale media beter te benutten, met name ook om de vindbaarheid van BIG-geregistreerden met een maatregel te vergroten. De onderzoekers noemen ten slotte het onverminderde belang van publieke bekendheid en vindbaarheid van het BIG-register als zodanig en

414 Zie hiervoor paragraaf 3.4.1 en 3.5.

415 Zie hiervoor paragraaf 3.7.2.

stellen zich voor – ondanks de wetenschap van het tegenvallende effect van eerdere publiekscampagnes – dat de overheid van tijd tot tijd het publiek op dit register wijst.

Dat leidt tot de volgende aanbevelingen gericht tot beheerders van kwaliteitsregistraties en het ministerie:

1 *Aanbevolen wordt dat de nog in te richten registerautoriteit de herkenbaarheid van zowel publieke als private titelregistraties bevordert, onder meer door de verbetering van de toegankelijkheid en samenhang van deze registraties via de website en de bevordering van de afstemming van het BIG-register met de verschillende registratiesystemen zoals Handelsregister en DUO. Daarnaast dient de registerautoriteit zorg te dragen voor beter toegankelijke en gebruiksvriendelijke publieksinformatie, met name toegespitst op de vindbaarheid van BIG-geregistreerden die een maatregel opgelegd kregen. Hiervoor is in elk geval noodzakelijk dat het werkadres van de beroepsbeoefenaren in het BIG-register opgenomen wordt. Met een proactief beleid (publiekscampagnes) gericht op een betere bekendheid van de mogelijkheden van het register wordt de effectiviteit verhoogd.*

2 *Aanbevolen wordt om de volgende wettelijke plichten op te nemen in de wet:*
- *een wettelijke plicht voor BIG-geregistreerden tot vermelding van hun BIG-nummer op websites en rekeningen;*
- *een wettelijke plicht voor zorginstellingen om bij geregistreerde beroepen alleen met BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren te werken, waardoor werkgevers worden verplicht tot raadpleging van het BIG-register.*[416]

3 *Monitor de effecten van de praktijk van privaatrechtelijk beschermde (specialisten)titels naast het wettelijk stelsel van titelbescherming, in het bijzonder gelet op mogelijke strijd met het verbod van misleidende titels in artikel 4 lid 2, artikel 17 lid 2, respectievelijk artikel 34 lid 4 Wet BIG en op hun mogelijke toegevoegde waarde. De uitkomsten kunnen leiden tot maatregelen variërend van handhavend optreden tegen misleidende titels tot het opnemen van aan de criteria beantwoordende titels in de beroepenstructuur.*

Uit het (empirisch) onderzoek komen verschillende signalen naar voren die indiceren dat behoefte bestaat aan nadere publiekrechtelijke regulering van bepaalde beroepen.[417] Ter beoordeling is hoe de gesignaleerde voorkeuren voor wettelijke erkenning zich verhouden tot de daarvoor geldende criteria. In algemene zin ligt de bewijslast voor publiekrechtelijke erkenning van een bepaald beroep primair bij de voor wettelijke titelbescherming opterende beroepsgroepen. De indruk bestaat dat gelet op de onbepaaldheid van het daarvoor geldende kader de reglementeringswensen van beroepsorganisaties onvoldoende kunnen worden getoetst.[418] Daarom wordt aanbevolen toetsingsmaatstaven in de wet op te nemen, zodat beroepsorganisaties beter kunnen anticiperen op de actualiteitswaarde en de

416 Een tekstvoorstel zou kunnen luiden in artikel 4 aanhef en sub c Wkkgz op te nemen: "‥, en voor zover de zorgverleners een krachtens de Wet BIG geregistreerd beroep of specialisme uitoefenen zij in het bezit zijn van een geldige registratie."

417 Zie hiervoor paragraaf 3.6.2.

418 Zie hiervoor paragraaf 3.7.4.

haalbaarheid van hun streven naar wettelijke erkenning van een titel c.q. reglementering van het beroep. Deze aanbeveling dwingt om de inhoud van deze maatstaven opnieuw tegen het licht te houden. Daarmee kan worden nagegaan of deze maatstaven nog steeds geldingskracht bezitten en in hoeverre de wettelijke beroepensystematiek nog steeds voldoende aansluit bij het belang van een verantwoorde beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. Dat leidt tot de volgende aanbevelingen:

4 *Neem de maatstaven voor erkenning van een beroep of specialisme op in de wet onder artikel 14 of onder artikel 34.*

De belangrijkste criteria, ontleend aan de parlementaire geschiedenis, voor het erkennen van een beroep als artikel 3-beroep zijn 1) de behoefte aan publiekrechtelijk tuchtrecht (van de Wet BIG) en 2) de behoefte aan het verlenen van zelfstandige bevoegdheden in het kader van de voorbehouden handelingen. Wij bevelen om wetstechnische redenen niet aan de criteria voor het opnemen van beroepen in artikel 3 Wet BIG in de wet te incorporeren. Wel adviseren we aan deze twee gangbare criteria twee nieuwe criteria toe te voegen. Ten eerste de algemene behoefte om met behulp van een publiekrechtelijke registratie van de beroepsbeoefenaren de gerechtigdheid tot het voeren een zekere titel vast te stellen. Dit vereiste veronderstelt dat de titel van het beroep beschermwaardig is en daarmee analoog voldoet aan een criterium, dat ook ten grondslag ligt aan de bescherming op basis van artikel 34 Wet BIG, namelijk behoefte aan een publiekrechtelijke regeling voor de opleiding of een voor het publiek herkenbare titel. Daaraan voegt het nieuwe criterium toe, dat via een publiekrechtelijke registratie (BIG-register), in plaats van een privaatrechtelijke, op het niveau van de individuele zorgverlener eenvoudig controleerbaar is of de titel terecht wordt gevoerd. Deze aanbeveling sluit aan op de andere aanbeveling om controle via het BIG-register verplicht te stellen voor werkgevers in de zorg. Waar relevante publiekrechtelijke consequenties verbonden zijn aan de beroepstitel of de specifieke uitoefening van het beroep, vormt een door de overheid verzekerde controle een zelfstandig belang.[419] Een tweede toe te voegen criterium is het perspectief op specialismen die aan de criteria van artikel 14 Wet BIG voldoen. De Wet BIG vervult immers een belangrijke functie als coördinatiesysteem voor de regulering van beroepen in de zorg. De ontwikkeling van de specialismen in de verpleegkunde illustreert het nut van deze gedachte. Wanneer regulering van specialismen voldoende belang vertegenwoordigt, is opname van het basisberoep in de wet een eerste vereiste. Private wildgroei van specialismen wordt hierdoor afgeremd. Met de twee reeds bestaande criteria is vastgelegd, dat opname gegeven de betekenis van het beroep op zijn plaats is a) vanwege extra tuchtrechtelijke toezicht op de beroepsuitoefening, indien bijvoorbeeld een effectief toezicht van andere beroepsbeoefenaren en/of de betrokken zorginstellingen onvolledig of ontoereikend is, en b) vanwege risicovolle ingrepen en behandeling en het instrument van de voorbehouden handelingen voor de bevoegdheidstoedeling opname van het beroep vereist is.

419 Zie paragraaf 3.7.1.

Samenvattend zouden dan vier hoofdcriteria voor opname van een beroep in artikel 3 gelden te weten:

1 Het kenbaarheidscriterium: het belang van een centrale, eenvoudig te raadplegen en betrouwbare registratie van de gerechtigdheid van het voeren van een beroepstitel. Dit belang is aan de orde bij publiekrechtelijke gevolgen als onder meer bij:
   a een wenselijke verplichting van de werkgevers resp. zorginstellingen op bevoegde professionals te controleren;
   b het kunnen controleren op de toepassing van (geregistreerde) professionele richtlijnen (competenties en verrichtingen) door de daarin aangewezen beroepsbeoefenaren;
   c het regelen van functionele zelfstandigheid;
2 Het specialisatiecriterium: het belang van een reglementeerde en beheerste regeling van specialismen binnen een beroepsdomein (het te registreren 'basis-beroep');
3 Het tuchtrechtcriterium: het belang van extern toezicht op de praktijk als mechanisme van normontwikkeling, als correctie- en uiteindelijk als uitsluitingsmechanisme;
4 Het voorbehouden-handelingencriterium: de noodzaak om indien bepaalde ingrijpende en gevaarlijke handelingen als voorbehouden in de wet zijn of worden opgenomen, de beroepen die zelfstandig de voorbehouden handelingen mogen verrichten op te nemen in artikel 3.

   Als ondersteunende criteria gelden de voorwaarden voor de registratie en/of tuchtrechtelijke toezicht:
   a het beroep ligt in hoofdzaak op het terrein van de individuele gezondheidszorg;
   b het betreft een basisberoep (geen functie of specialisme);
   c het beroep is voldoende te onderscheiden van andere beroepen;
   d het beroep is voldoende uitontwikkeld om een deskundigheidsterrein en opleidingsprogramma te specificeren;
   e het aantal beroepsbeoefenaren is van voldoende omvang om een zelfstandige regeling te rechtvaardigen.

Voor reglementering van een beroep krachtens artikel 34 Wet BIG gelden eveneens niet-cumulatieve maatstaven, te weten de behoefte aan een publiekrechtelijke regeling voor de opleiding of een voor het publiek herkenbare titel, of de mogelijkheid tot toekenning van functionele zelfstandigheid bij het verrichten van voorbehouden handelingen.[420]

5 *Voeg aan de gangbare criteria voor het opnemen van beroepen in artikel 3 Wet BIG de volgende criteria toe:*
   — *De algemene behoefte om met behulp van een publiekrechtelijke registratie van de beroepsbeoefenaren de gerechtigheid tot het voeren van een zekere titel vast te stellen.*
   — *Het perspectief op specialismen die kunnen voldoen aan de criteria van artikel 14 Wet BIG.*

420 Zie hiervoor paragraaf 3.7.1.

In deze evaluatie zijn een aantal niet-BIG beroepen besproken en gebruikt als illustratie waar in de zorg de ontwikkelingen aanleiding geven tot het reguleren van nieuwe beroepen[421] Aspecten als het ontbreken van direct toezicht, de soms hoge technische graad van de handelingen en competenties, alsmede de emancipatie van sommige beroepen ten opzicht van de toezichthoudende beroepsbeoefenaren spelen daarbij een rol. Met een verdere verzelfstandiging en taakherschikking komen heroverwegingen aan de orde.[422] Nader onderzoek is voor deze nieuwe beroepen geboden, alvorens aan de plaats in de Wet BIG kan worden toegekomen. Dat onderzoek kon niet in het kader van deze evaluatie worden verricht. Wij bevelen echter met nadruk de mogelijkheid van artikel 36a Wet BIG aan om dergelijke beroepen onder de regeling van de voorbehouden handelingen en het tuchtrecht te brengen te benutten.

6 *De onderzoekers achten de route van artikel 36a naar artikel 3 een logische en het voorbeeld van de physician assistant en klinisch technoloog verdient voor andere beroepen navolging. Mogelijke kandidaten zijn hiervoor de mondhygiënist, de perfusionist en klinisch embryoloog. Voor een aantal andere beroepen in het 'voorportaal' van artikel 3, of 34 of 36a is nader onderzoek geboden.*

Een afzonderlijke kwestie vormt de positie van beroepen in de niet-reguliere zorg. Uit het vragenlijstonderzoek komt naar voren dat er behoefte aan regulering is.[423] De aanknopingspunten voor het reguleren van deze beroepen ontbreken echter nog, met name vanwege het feit dat juist in het niet-reguliere deel geen wetenschappelijke consensus bestaat en daardoor deskundigheid en domeinen zich niet eenvoudig laten vangen in eenduidige termen. Op dit reeds vele malen gesignaleerde probleem werpt deze nieuwe evaluatie geen ander licht. Wel kan worden vastgesteld dat de zorgverzekeraars in de zorginkoop en hun aanvullende verzekeringen een begin van een kwaliteitsbeleid ontwikkelen, terwijl in de normstelling voor de zorgverlening de "alternatieve" zorgaanbieder onder de reikwijdte van de Wkkgz wordt gebracht, waardoor meer waarborgen voor de zorgverlening kunnen worden gerealiseerd.[424] Daarmee is de bescherming zeker niet op het niveau van de reguliere zorg gebracht, doch in dit kader is dit vraagstuk niet oplosbaar. Een andere koppeling met de Wet BIG is gelegen in de strafbepaling van artikel 96 Wet BIG. In deze evaluatie (zie paragraaf 9.6) wordt voorgesteld deze bepaling nader toe te spitsen.

De periodieke registratie en herregistratie dient zo veel mogelijk de ontwikkeling van het kwaliteitsniveau (zorgoperationele kwaliteit) ten opzichte van het startniveau van de eindtermen van de opleiding (eindtermkwaliteit) te weerspiegelen. Juist vanwege de verschillen in structuur van het kwaliteitsbegrip is dat niet volledig mogelijk. Wel kan de aansluiting worden gezocht via een procedurele benadering, die de praktijk operationaliseert door deelname aan intervisie te verplichten, zoals voor IFMS bij de medisch specialisten. Voorwaarde voor herregistratie is dan het in de afgelopen

421 Zie hiervoor paragraaf 3.7.3.

422 Zie hiervoor paragraaf 3.7.4.

423 Zie hiervoor paragraaf 2.3.3.

424 Zie hiervoor paragraaf 8.3. De met de terminologie 'alternatieve zorgaanbieder' (definitie uit de Wkkgz) en 'niet-reguliere' beroepsbeoefenaar wordt in deze evaluatie hetzelfde bedoeld. De laatste (neutralere) term geniet onze voorkeur.

referteperiode in voldoende mate participeren in een aangewezen vorm van intercollegiale toetsing.[425] Dit leidt tot de volgende aanbeveling:

7 *Het is aan te bevelen dat aan de vereisten voor periodieke herregistratie participatie in een aangewezen vorm van intercollegiale toetsing en breder deelname aan deskundigheidsbevorderende activiteiten worden toegevoegd.*

9.3 Opleidingseisen en deskundigheid

De beroepenstructuur in de Wet BIG heeft gevolgen voor de opleidingstrajecten. Deze gevolgen zien op de opbouw, structuur en inhoud van een opleiding. Een relevante vraag daarbij is of de opleidingen voorzien in de benodigde zorgcapaciteit en of zij er in slagen beroepsbeoefenaren af te leveren die in staat zijn tot het leveren van verantwoorde zorg. Een relevante factor vormt de afstemming tussen de praktijk van de beroepsuitoefening en de programmering van het daaraan voorafgaande opleidingstraject. Uit het empirisch onderzoek blijkt dat een groot deel van de instellingen een rol speelt bij het opleidingsprogramma. Dat kan een aanwijzing zijn dat theorie en praktijk goed op elkaar aansluiten; immers, wanneer een groot deel van de instellingen zorgverleners les laat geven in de opleidingen en voor een groot deel de nascholingstrajecten verzorgd worden door de instellingen zelf, lijkt afstemming tussen theorie en praktijk mogelijk. De respons van beroepsbeoefenaren en zorginstellingen wijst ook niet op grote problemen op dit punt. Toch geeft wel een groot deel van zowel de beroepsbeoefenaren als de zorginstellingen aan dat aanvullende scholing gevolgd moet worden voordat beroepsbeoefenaren goed kunnen functioneren in de praktijk. Daarnaast wordt gesteld dat er tijdens de opleiding niet voldoende aandacht wordt besteed aan recente ontwikkelingen.[426]

De wettelijke omschrijvingen van deskundigheidsgebieden, met name die van artikel 3 beroepen, kenmerken zich niet altijd door eenduidigheid en concreetheid. Met name de deskundigheidsgebieden van de arts en de tandarts laten menige vraag rond de afbakening van wat precies als geneeskunst dan wel tandheelkunst geldt open. Het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige is vooral zeer globaal omschreven. Mede in relatie tot aspecten van taakherschikking draagt dit niet bij aan de verduidelijking van grenzen van de beroepsuitoefening en de haalbaarheid van een adequate verantwoordelijkheidsverdeling. Verder zijn sommige omschrijvingen verouderd, terwijl andere een tussentijdse actualisering hebben ondergaan.[427] Daar de praktijk van de beroepsuitoefening zich blijft ontwikkelen, is meer regelmaat en systematiek hierin nodig. Omdat te verwachten is dat die omschrijving geen statisch karakter heeft, stellen wij voor om de deskundigheidsgebieden niet langer in de wet te regelen, maar bij AMvB. Langs die weg wordt ook bereikt dat regelmatig evaluatie en bijstelling van de deskundigheidsgebieden kan plaatsvinden. De omzetting van de Europese Richtlijn inzake de erkenning van beroepskwalificaties uit 2005 heeft geresulteerd in de Algemene Wet erkenning EG–beroepskwalificaties (AWEG-b) in 2007, die mede

---

425 Zie hiervoor paragraaf 3.7.5.

426 Zie hiervoor paragraaf 4.4 en 4.5.

427 Zie hiervoor paragraaf 4.7.

heeft geleid tot wijzigingen in de WHW (artikel 7.6 lid 2) en de Wet BIG (artikelen 8, 41 en 45). De Europese beroepenstructuur blijft daardoor dominant.[428] Dit geeft aanleiding tot de volgend aanbevelingen:

8 — *Actualiseer de deskundigheidsgebieden van de beroepen als bedoeld in artikel 3 (met name die ten aanzien van de beroepen GZ-psycholoog en psychotherapeut) en krachtens artikel 34 Wet BIG in overleg met de betrokken beroepsorganisaties. Vanwege de ontwikkelingen op het gebied van taakherschikking is het nodig om de deskundigheidsomschrijvingen van alle bij dit proces betrokken beroepsgroepen te actualiseren (tegen de achtergrond van de Europese beroepenstructuur). De desbetreffende beroepsorganisaties dienen zowel bij deze actualisering als bij de periodieke evaluaties van deskundigheidsgebieden te worden betrokken.*
— *Breng de omschrijving van de deskundigheidsgebieden van de artikel-3 beroepen onder in AMvB's in plaats van in de wettekst.*
— *Pas op basis van deze actualiseringsslag de AMvB's inzake de deskundigheidsgebieden aan. Met name de omschrijvingen van de deskundigheidsgebieden van de arts, tandarts en verpleegkundige moeten worden herzien en aangepast aan de eisen van de praktijk.*

De privaatrechtelijke regelgeving voor specialismen, zoals bedoeld in artikel 14 Wet BIG, verdient eveneens actualisering en nader onderhoud, alsmede een structuur ter verbetering van de algehele kwaliteit van de omschrijving van de termen van de eindkwaliteit van de opleiding en voorwaarden voor herregistratie.[429] Het Zorginstituut Nederland krijgt de wettelijke taak te rapporteren over de vernieuwing en verbetering van de opleiding- en beroepenstructuur. In het verlengde en met verbreding van de initiërende taak van het Zorginstituut voor beroepsgroepvorming en professionalisering van beroepen in de langdurige zorg, ligt het ontwikkelen van een algemenere structuur voor de inrichting van regelingen als bedoeld in artikel 14 lid 4 Wet BIG. Gebrek aan overeenstemming van een door de minister te erkennen regeling volgens het door het Zorginstituut te ontwikkelen format kan als weigeringsgrond worden opgenomen in dit lid 4. Aldus luiden de volgende aanbevelingen:

9 *Wijzig in artikel 14 lid 4 Wet BIG de tweede volzin als volgt: "de instemming kan worden onthouden indien de regeling niet voldoet aan door het Zorginstituut Nederland opgestelde structuur- en randvoorwaarden voor een dergelijke regeling, alsmede wegens strijd met het recht of het algemeen belang".*

10 *Voor het bevorderen van taakherschikking is het van belang dat beroepsgroepen over en weer voldoende inzicht hebben in elkaars competenties en verantwoordelijkheden. De ontwikkeling van geaccrediteerde competentieprofielen voor opleidingen en cursussen, zoals eerder aanbevolen door de RvZ, kan daaraan bijdragen.*

428 Zie hiervoor paragraaf 4.9.

429 Zie hiervoor paragraaf 4.7.

Kwaliteit van de initiële opleidingen is van grote betekenis voor de kwaliteit van de latere beroepsuitoefening. Het is nodig dat deze opleidingen aan bijzondere vereisten voldoen. De Wet BIG als zodanig verschaft weinig zicht op het bestaande stelsel van toezicht en controle op opleidingen. Verheldering daarvan kan ertoe bijdragen dat de verhouding tussen de beoordelingskaders voor de accreditatie van opleidingen en de aanwezige opleidingskarakteristieken transparanter blijft. Tevens kan de actualiteit van die beoordelingskaders en de noodzaak tot vertaling van significante wijzigingen in de praktijk van de beroepsuitoefening in de betrokken opleidingstrajecten beter worden bewaakt.[430] Dat geeft aanleiding tot de volgende aanbeveling:

11 *Maak de accreditatie van opleidingen in de individuele gezondheidszorg transparant door zowel de accreditatiecriteria, als de beoordelingen van opleidingen door de gezaghebbende accreditatieorganen publiek toegankelijk te maken. Hiervoor kan aangesloten worden bij de website van het Zorginstituut Nederland, respectievelijk de Sectie Zorgberoepen en (zorg)opleiding.*

9.4 Voorbehouden handelingen

Het uitgangspunt van de Wet BIG is dat het een ieder in beginsel vrij staat handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg te verrichten. Dat geldt echter niet voor de voorbehouden handelingen, die volgens artikel 36 slechts door bepaalde geregistreerde beroepsbeoefenaren mogen worden verricht. Het verrichten van die handelingen is slechts toegestaan door (opdracht van) artsen en door tandartsen en verloskundigen voor zover het handelingen betreft die worden gerekend tot het eigen deskundigheidsgebied. Achtergrond van deze bevoegdheidsregeling is dat wordt voorkomen dat personen die daartoe niet deugdelijk zijn opgeleid, handelingen verrichten die onverantwoorde risico's voor de patiënt kunnen opleveren. Uit het uitgevoerde empirisch onderzoek blijkt dat deze doelstelling in de praktijk niet altijd wordt gerealiseerd. Om te beginnen voldoet de medische praktijk in Nederland niet aan een aantal belangrijke voorwaarden om deze doelstelling te realiseren. Startpunt is dat de kennis over de onbevoegdheid van bepaalde beroepsgroepen beperkt is. Slechts een minderheid van de bevraagde artsen en specialisten, die veelal de opdrachtgevers aan verpleegkundigen zullen zijn, weet dat verpleegkundigen niet zelfstandig bevoegd zijn om voorbehouden handelingen uit te voeren. De kennis over de onbevoegdheid van de verpleegkundige kan beperkt worden genoemd en is sinds de vorige evaluatie eerder afgenomen dan toegenomen. De kennis over welke handelingen voorbehouden zijn, vertoont overigens minder hiaten.[431] Daarnaast laat het empirisch onderzoek zien dat er bij een groot deel van de beroepsgroepen die in het onderzoek zijn betrokken een aanzienlijke mate van onduidelijkheid bestaat over de verschillende begrippen en onderdelen van de regeling voor voorbehouden handelingen.[432]

Dat voorbehouden handelingen kunnen worden verricht door anderen dan de zelfstandig bevoegden, blijkt te voorzien in een behoefte in de praktijk. Er wordt met name op grond van doelmatigheidsoverwegingen opdracht gegeven tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen.

---

430 Zie hiervoor paragraaf 4.3.

431 Zie hiervoor paragraaf 5.3.1.

432 Zie hiervoor paragraaf 5.4.1.

Daarbij geven de opdrachtgevers vaak aan dat de opdrachtnemers dat net zo goed kunnen als zijzelf en soms zelfs beter.[433] In dat licht bezien, bestaat er geen aanleiding te veronderstellen dat door het geven van opdrachten zich onverantwoorde risico's voor de patiënt voordoen.

Een van de uitgangspunten van de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen is dat voorbehouden handelingen uitsluitend door daartoe bekwame personen worden uitgevoerd. Over het algemeen wordt de bekwaamheid niet door opdrachtgevers getoetst, maar verondersteld op basis van de genoten opleiding. Degene die opdracht geeft weet daarnaast niet altijd wie de opdracht uitvoert. Een systeem van bekwaamheidsverklaringen kan daarbij helpen. Dit is een verantwoordelijkheid van de instelling, tenzij sprake is van een solistisch werkende beroepsbeoefenaar.[434]

Uit het empirisch onderzoek blijkt dat zorginstellingen de afgelopen tien jaar belangrijke stappen hebben gezet in het opstellen van beleid ten aanzien van voorbehouden handelingen. Instellingen hebben een beleidsplan, leggen vast welke voorbehouden handelingen in de instelling voorkomen en stellen protocollen en richtlijnen op ten aanzien van de voorbehouden handelingen. Voorts hebben zorginstellingen vrij algemeen een scholingsbeleid ten aanzien van voorbehouden handelingen. Het werken met een systeem van individuele bekwaamheidsverklaringen en een schriftelijk toetsings- en bijstellingsbeleid ten aanzien van het omgaan met voorbehouden handelingen komt minder algemeen voor.[435] Het is echter opvallend dat deze toename van beleid, regulering en protocollering die vanuit de instellingen wordt aangegeven niet is terug te vinden in de antwoorden van de verpleegkundigen op de vragen omtrent het voorkomen, de inhoud en het gebruik van protocollen en richtlijnen ten aanzien van voorbehouden handelingen in de beroepspraktijk. De vragen die aan de verpleegkundigen zijn gesteld gaan meer in detail in op de inhoud van de protocollen en richtlijnen. Hieruit komt het beeld naar voren dat essentiële zaken ten aanzien van de opdrachtverlening voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen in de beroepspraktijk van verpleegkundigen niet algemeen zijn vastgelegd in protocollen. Het gaat dan om zaken als de manier waarop opdrachten dienen te worden gegeven, de manier waarop bekwaamheid dient te worden bepaald, de voorwaarden voor het aannemen van een opdracht, de manier waarop toezicht en tussenkomst dienen te worden geboden, de verdeling van de verantwoordelijkheid bij het geven en aannemen van een opdracht en de manier waarop aanwijzingen dienen te worden gegeven.[436] De Wet BIG stelt echter geen eisen aan de wijze waarop een opdracht wordt gegeven. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat mondelinge opdrachten steeds vaker schriftelijk worden bevestigd.[437] Daardoor wordt inzichtelijker welke beroepsbeoefenaar welke handeling verricht. Dit komt in beginsel de kwaliteit van de zorg ten goede en kan ook helpen bij tuchtrecht: wie heeft de handeling uitgevoerd waarbij een fout is gemaakt?

---

433 Zie hiervoor paragraaf 5.3.2.

434 Zie hiervoor paragraaf 5.3.2 en 5.5.

435 Zie hiervoor paragraaf 5.3.4.

436 Zie hiervoor paragraaf 5.5.

437 Zie hiervoor paragraaf 5.3.2.

De conclusie op grond van het voorgaande is dat de regeling voorbehouden handelingen in de Wet BIG op zichzelf een beperkte betekenis heeft in de praktijk, maar dat de regeling wel heeft geleid tot de totstandkoming van protocollen en richtlijnen over het uitvoeren van voorbehouden handelingen die binnen de instellingen bijdragen aan kwaliteit van zorg en het voorkomen van onverantwoorde risico's voor patiënten. Het beeld dat in het onderzoek naar voren komt over protocollen en richtlijnen in de praktijk is echter niet eenduidig. Instellingen laten aan de ene kant een toename en intensivering zien van het beleid ten aanzien van voorbehouden handelingen. Ten aanzien van essentiële onderdelen van de opdrachtverlening zien we deze intensivering echter niet terug in de beroepspraktijk van de belangrijkste groep opdrachtnemers, de verpleegkundigen. Verpleegkundigen geven niet vaker dan in de eerste evaluatie aan dat er beleid is, bijvoorbeeld ten aanzien van voorbehouden handelingen. Vervolgens is het uiteraard ook nog de vraag of opdrachtnemers conform de protocollen en richtlijnen handelen. Dit blijkt niet altijd het geval te zijn.

De vraag is gesteld of de omschrijving van het begrip 'individuele gezondheidszorg' voldoende duidelijk is in relatie tot het functioneren van de regeling over voorbehouden handelingen, of dat deze relatie moet worden gespecificeerd. Het handelen van de beroepsbeoefenaar kent specifieke technische handelingen, die nu model staan voor de regeling in artikel 36 Wet BIG. Daarnaast zijn er ook zinvolle samenhangende verrichtingen te onderscheiden, die de eigenlijke laatste zinvolle eenheden zijn waarin beroepsmatig handelen wordt ontleed, in plaats van de uiterlijke technische handeling op zich. Bij verdere ontwikkeling van de reikwijdte en de ontwikkeling van de voorbehouden handelingen kan daarom niet alleen gedacht worden aan precisering van de individuele handelingen, maar valt te bezien of daarnaast ook andere modaliteiten van voorbehouden acties wetstechnisch hanteerbaar zijn. Met name kan aan deze optie worden gedacht bij een verbijzondering van aan personen met bijzondere deskundigheid voorbehouden acties die zich niet goed tot een enkelvoudige handeling laten reduceren, maar veeleer uit een samenstel van acties bestaan die gezamenlijk de bewuste modaliteit opleveren. Als voorbeeld van een dergelijk modaliteit is de 'voorbehouden competentie' genoemd. De term 'competentie' moet hier worden onderscheiden van de bekwaamheidseis als een van de voorwaarden voor het behoorlijk uitvoeren van voorbehouden handelingen. Eerder werd het niet haalbaar geacht om het stellen van een (medische) diagnose als voorbehouden handeling te kwalificeren. Door diagnostiek door aangewezen beroepsbeoefenaren als 'voorbehouden competentie' aan te merken, kan niet alleen diens betekenis voor bijzondere vormen van zorg (denk aan het voorschrijven van UR-geneesmiddelen door aan te wijzen categorieën verpleegkundigen ingevolge artikel 36 lid 14 onder d Wet BIG) worden gemarkeerd, maar ontstaat tevens ruimte om hieraan bijzondere voorwaarden dan wel kwaliteitseisen te verbinden. Door het voldoen aan die eisen te reserveren voor aan te wijzen beroepsbeoefenaren (artsen, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen) zou het stellen van een diagnose een voorbehouden karakter hebben, zij het dan als 'voorbehouden competentie'. Het is dan de beroepsmatige context die een handvat biedt voor de handhaving. Een vergelijkbare gedachtegang kan bijvoorbeeld worden gevolgd ten aanzien van het indiceren van een voorbehouden handeling en het toepassen van innovatieve zorg.

Onderkend wordt daarbij dat de afbakening en de handhaving van een voorbehouden competentie, ook problemen kan opwerpen, bijvoorbeeld met het oog op strafrechtelijke handhaving. Niettemin wordt in het onderwijs en door CanMeds reeds met 'competenties' gewerkt om invulling te geven aan

bepaalde deskundigheden van het beroep. Te onderzoeken valt welke vertaling daarvan naar de praktijk van de beroepsuitoefening kan worden gegeven. Ter onderscheiding van de term ‘competenties’ in het onderwijs en CanMeds is de voorbehouden competentie gericht op de erkenning van het samenstel van verschillende professionele activiteiten als zelfstandige eenheid, waarin technische verrichtingen zijn ingebed en waardoor zij worden gedragen.[438] Het leidt tot de aanbeveling:

12 Onderzoek de potenties van het begrip ‘voorbehouden competenties’ in aanvulling op de notie van ‘voorbehouden handelingen’ door een samenstel van zorgactiviteiten met deskundigheidswaarborgen te omkleden, zoals het indiceren van voorbehouden handelingen, het stellen van een medische diagnose of het toepassen van innovatieve zorg. Naast verboden handelingen zou een lijst met voorbehouden uit te oefenen competenties het exclusieve domein van aangewezen beroepsbeoefenaren kunnen versterken.

Is de omschrijving van het begrip ‘voorbehouden handelingen’ voldoende duidelijk in relatie tot het functioneren van de regeling over voorbehouden handelingen, of moet deze worden gespecificeerd? Het functioneren van de regeling van de voorbehouden handelingen wordt beperkt door de in zwang gekomen interpretatie van de in artikel 36 Wet BIG opgenomen passage “…heelkundige handelingen, waaronder worden verstaan handelingen, liggende op het gebied van de geneeskunst”. Het probleem bij cosmetische ingrepen is tweeledig: a) welke cosmetisch chirurgische handelingen liggen binnen het terrein van de geneeskunst ondanks het zuiver cosmetische oogmerk van de ingreep en b) moeten niet heelkundige handelingen liggende buiten de geneeskunde worden getroffen door het verbod?

Zoals in hoofdstuk 5.6.1 betoogd behoren bij invasieve ingrepen (ook die met een cosmetisch oogmerk) waarbij de weefselsamenhang wordt verstoord of door de huid met een instrument in het lichaam wordt binnengedrongen, ter bescherming van de gezondheid maatregelen te worden genomen om een eventuele wond te hechten, een infectie of andere klachten te voorkomen en behoort met kennis en kunde van het menselijk lichaam de toestand van de betrokkene bij het verloop van de ingreep te worden beoordeeld. Daarmee hoort een dergelijke ingreep normatief thuis onder het begrip geneeskundige handeling in de zin van artikel 1 Wet BIG, want daaronder behoren alle verrichtingen die ertoe strekken van een ziekte te genezen, het ontstaan van een ziekte te behoeden of de gezondheidstoestand te beoordelen. Om eventuele twijfel daarover weg te nemen, kan de hier bedoelde invasieve ingreep worden opgenomen in artikel 1 lid 2, onder b Wet BIG ongeacht het oogmerk.

Met name in de discussie over de vraag of het verwijderen van tatoeages kan worden gerekend tot de voorbehouden handelingen, heeft de toenmalige minister van volksgezondheid zich, onder verwijzing naar de aangehaalde passage, op het standpunt gesteld dat hieraan in de weg staat het feit dat het verwijderen van tatoeages geen gezondheidsdoel dient en daarom niet onder de werking van de voorbehouden handelingen kan worden gebracht. Deze restrictieve interpretatie heeft ongewenste gevolgen voor de rechtsbescherming van de burger tegen evident risicovolle handelingen die feitelijk

438 Zie hiervoor paragraaf 5.6.2.

neerkomen op het verstoren van de samenhang van weefsels. Dit geldt niet alleen voor het verwijderen van tatoeages maar overigens ook voor het terrein van de cosmetische ingrepen, waaronder ook het gebruik van injecties (zoals bij botox-injecties). Het is bekend dat een steeds groter wordende van cosmetische branche zich op dit nieuwe terrein begeeft. Dit onderzoek heeft geleid tot de conclusie dat niet de interpretatie van artikel 36 Wet BIG het eigenlijke knelpunt vormt, maar veeleer de algemene reikwijdte van de voorbehouden handelingen. De voorbehouden handelingen zouden ook buiten het terrein van de individuele gezondheidszorg moeten worden verboden, waar deze buiten noodzaak beroepsmatig geschieden. Het blijft dan mogelijk dat bijvoorbeeld incidentele hulpverlening binnen gezinsverband plaatsvindt, maar indien beroepsmatig heelkundige handelingen worden verricht (zoals bij het verwijderen van tatoeages) of injecties worden gegeven (zoals bij een botox-behandeling) dat vervolging kan plaatsvinden zowel op basis van het commune strafrecht, als in het bijzonder op grond van artikel 97 Wet BIG.[439]

13 Aanbevolen wordt:

- *Artikel 1 lid 2 onder b Wet BIG te wijzigen in dier voege dat daaraan wordt toegevoegd de invasieve ingreep zoals gepaard gaat met cosmetische chirurgie (gedacht kan worden aan 'aanbrengen, modificeren, herstructureren en wegnemen van weefsel').*
- *Artikel 35 lid 1 Wet BIG te aldus te wijzigen, dat aan de aanhef van lid 1 na de woorden "...te verrichten" wordt toegevoegd "..., ook als het gaat om bij AMvB aan te wijzen handelingen die liggen buiten het terrein van de individuele gezondheidszorg als bedoeld in artikel 1, tenzij binnen de individuele gezondheidszorg: a) zulks....[etc]". In artikel 36 lid 1 vervalt in verband daarmee de zinsnede 'liggende op het gebied van de geneeskunde'."*

Daarmee wordt bereikt onder meer dat verwijderen van tatoeages en andere cosmetische ingrepen bij AMvB onder de werking van de voorbehouden handelingen kunnen worden gebracht, ook indien deze plaatsvinden buiten het kader van de gezondheidszorg.

Eerdere suggesties voor aanvulling van de lijst van voorbehouden handelingen zijn niet opgevolgd. De discussies die hierover gaande zijn ondervinden de extra weerstand dat er in de wetssystematiek voor gekozen is de lijst op het niveau van formele wetgeving vast te leggen. Daardoor is de actualisering van de lijst van voorbehouden handeling onnodig bemoeilijkt. Wetstechnisch is op het niveau van de wet niet doenlijk criteria voor de wijziging van de wet op dit punt op te nemen. Beter lijkt het wanneer de lijst van voorbehouden handelingen via een AMvB wordt geregeld.[440] De huidige bepaling van een voorlopige regeling van artikel 37 Wet BIG is minder geschikt, omdat dan toch binnen zes maanden een wetgevingtraject moet worden gestart. Bij AMvB is er meer flexibiliteit om de ontwikkelingen in de zorg te volgen. De onderzoekers stellen zich dat voor bij handelingen als het fixeren met dwang en mechanische hulpmiddelen, bepaalde perfusionistische handelingen en een aantal handelingen voor de mondhygiënist als dat een artikel 3-beroep zou worden. Tevens zouden hier bijvoorbeeld cosmetische ingrepen met een medisch karakter nader geregeld kunnen worden (bij

439 Zie hiervoor paragraaf 5.6.2.

440 Zie hiervoor paragraaf 5.6.2.

uitstek een terrein met vele technische ontwikkelingen).[441] Hier kan het voorbeeld van de artikelen 2 en 3 Wet bijzondere medische verrichtingen worden gevolgd, waarbij in artikel 37 Wet BIG als voorlopige regeling het kader van een ministeriële regeling wordt gebruikt in plaats van een AMvB.

De Commissie Gevers heeft aanbevolen het kerncriterium voor aanwijzing van de voorbehouden handelingen – te weten of een handeling, indien uitgevoerd door ondeskundigen, aanmerkelijk gevaar voor leven en gezondheid van patiënten kan opleveren – in de wet op te nemen. Vanwege hun te algemene karakter en daarmee te gering onderscheidend vermogen verdient het verder aanbeveling om te komen tot een precisering van de criteria voor de aanwijzing van handelingen als voorbehouden handeling. Het lijkt redelijk om bij voorbaat de discussie over deze lijst nader richting te geven met een uitwerking van het kerncriterium. Hierdoor kan mede worden verhelderd het onderscheid tussen handelingen met een voorbehouden karakter buiten de Wet BIG en de voorbehouden handelingen krachtens artikel 36 van de wet. Daarnaast kan een concretisering van de aanwijzingscriteria verduidelijken welke voorbehouden handelingen voor overdracht vatbaar zijn en welke niet. Dit leidt tot de volgende aanbeveling:

14 Wijzig de Wet BIG dusdanig, dat:

- *in artikel 36 in plaats van de lijst van voorbehouden handelingen wordt opgenomen een bepaling dat de voorbehouden handelingen bij AMvB worden vastgesteld na een voorhangprocedure.*
- *neem in artikel 36 de nader te preciseren algemene criteria op voor de lijst van voorbehouden handelingen.*
- *vervang in artikel 37 in de leden 1 en 2 het instrument van de AMvB door de ministeriële regeling en in het derde lid het instrument van de formele wet door een AMvB.*

Het experiment met toepassing van artikel 36a Wet BIG is nog gaande en niet betrokken in de beoordeling bij deze evaluatie. De uitkomst van het met de invoering van artikel 36a Wet BIG gestarte experiment ten aanzien van de physician assistant en verpleegkundig specialisten moet dan ook worden afgewacht voordat met betrekking de voorbehouden handelingen voor deze beroepen wijzigingen worden doorgevoerd.

Is verfijning van de normering ten aanzien van ‘opdracht, bevoegdheid en bekwaamheid, toezicht en tussenkomst’ noodzakelijk? Wat betreft de opdracht, bevoegdheid, bekwaamheid, toezicht en tussenkomst is naar onze mening geen behoefte aan een nadere normering in de wet. Wel is het nodig dat dit stelsel van waarborgen in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg meer tot leven wordt gebracht. Uit het onderzoek blijkt dat in de praktijk onvoldoende aanknopingspunten bestaan voor het vaststellen van bekwaamheid, de beoordeling van bevoegdheid als onduidelijk wordt ervaren, terwijl het intern toezicht op de uitvoering van voorbehouden handelingen sinds de eerste evaluatie (2002) is afgenomen. Wij bevelen aan om in de komende periode in te zetten op het intensiveren van de aandacht voor het (verder) operationaliseren van de voor de voorbehouden

441 Zie hiervoor paragraaf 5.6.2.

handelingen cruciale termen opdracht, bevoegdheid, toezicht en tussenkomst. De reeds bekende methode van bekwaamheidsverklaringen kan daarbij goede diensten bewijzen.

15 *Aanbevolen wordt dat de zorginstellingen overzicht creëren in de bekwaamheid van de opdrachtnemers. Dit kan bevorderd worden door een systeem van bekwaamheidsverklaringen.*

Gelet op de basisfunctie van de Wet BIG wordt aan het voor de Wet BIG overigens dragende begrip 'bekwaamheid' niet via de Wet BIG, maar veeleer via de kwaliteitsregulering van Wkkgz en de ontwikkeling van professionele normen en standaarden inhoud gegeven.

9.5 Tuchtrecht

De functie van het tuchtrecht is enerzijds repressief, gericht op het corrigeren en soms van de beroepsbeoefening uitsluiten van disfunctionerende beroepsbeoefenaren, en anderzijds preventief, gericht op verbetering van het professionele handelen door verduidelijking en aanscherping van de daarvoor geldende normen. Voor de laatste functie is brede bekendheid van de tuchtrechtelijke uitspraken een voorwaarde. Voor beide functies is essentieel dat de juiste zaken bij de tuchtrechter belanden. Beide is niet steeds het geval, zo blijkt uit deze evaluatie.

In de zorg worden maar weinig klachten ingediend bij het tuchtcollege. Een vergelijking met tuchtprocedures in de advocatuur laat zien dat daar veel meer tuchtklachten worden ingediend. In de zorg gaat het om slechts vier klachten per 1.000 beroepsbeoefenaren (2010), terwijl uit onderzoek van Nivel blijkt dat het aantal potentiële, vermijdbare, zorggerelateerde schade jaarlijks veel vaker voorkomt.[442] Dat het aantal klachten in de zorg lager is, kan veroorzaakt worden doordat er veel alternatieve klachtmogelijkheden zijn, maar een andere mogelijke verklaring is de onbekendheid van het medisch tuchtrecht onder consumenten/patiënten. Slechts de helft van de consumenten in ons onderzoek zegt ervan op de hoogte te zijn een klacht te kunnen indienen bij de tuchtcolleges.[443] Hoewel 38% van de consumenten aangeeft dat zij een tuchtklacht zouden indienen bij een geschil met de zorgverlener, blijkt bij een vergelijking tussen het aantal vermijdbare, zorggerelateerde incidenten dat jaarlijks plaatsvindt en het aantal tuchtklachten, dat de stap naar het indienen van een tuchtklacht kennelijk groot is. Daarbij kunnen persoonlijke overwegingen een rol spelen, maar ook de toegankelijkheid van het tuchtrecht kan hierop van invloed zijn.

Over de toegankelijkheid van de tuchtrechtprocedure bestaan verschillende opvattingen. Onder beroepsbeoefenaren (met name medisch specialisten) bestaat de indruk dat het tuchtrecht voldoende toegankelijk is. Onder verpleegkundigen is dit beeld al iets meer genuanceerd. Als klagers gevraagd wordt naar hun mening over de tuchtprocedure, geven zij aan met voldoende respect te zijn behandeld (84%). Tegelijkertijd vindt een deel van de klagers het tuchtcollege niet onpartijdig. Dat blijkt uit eerder door het Nivel uitgevoerd onderzoek, maar ook uit de in dit onderzoek uitgevoerde enquête komt naar voren dat een groot aantal consumenten (41%) vindt dat het tuchtcollege de

442 Zie hiervoor paragraaf 6.3.1 en paragraaf 6.6.

443 Zie hiervoor paragraaf 6.4.3.

zorgverlener de hand boven het hoofd houdt. Wanneer consumenten klachten indienen, blijkt dit vooral te gebeuren om te voorkomen dat anderen met een soortgelijke situatie in aanraking zouden komen. Slechts een kwart van de klagers geeft aan van mening te zijn dat dit doel met de tuchtprocedure is bereikt. Advocaten blijken veelal de mening te verwoorden van de groep cliënten die zij representeren. Van de belangenbehartigers van patiënten vindt 52% dat het tuchtrecht niet voldoende toegankelijk is, terwijl die opvatting slechts bij 7% van de advocaten van zorgverleners blijkt te bestaan.[444] Daarnaast valt op dat beroepsbeoefenaren zelf weinig vertrouwen hebben in het tuchtrecht. Beroepsbeoefenaren wijzen patiënten nauwelijks op de mogelijkheid van het tuchtrecht en slechts een klein deel van de beroepsbeoefenaren neemt kennis van tuchtrechtelijke uitspraken.[445] Ook instellingen dienen weinig tuchtklachten in. Wanneer sprake is van een ernstige medische fout, wordt hiertegen vooral intern opgetreden.[446] Dat het tuchtrecht ook als doel heeft het corrigeren van beroepsbeoefenaren is slechts bij ongeveer de helft van de beroepsbeoefenaren bekend. In dit opzicht heeft zelfs een forse verschuiving plaatsgevonden ten opzichte van de eerste evaluatie, waar dat percentage hoger dan 80% was.[447]

Een verklaring voor het feit dat een substantieel deel van de ondervraagde groepen het tuchtrecht onvoldoende toegankelijk vindt (en in mindere mate weinig vertrouwen blijkt te hebben in de onpartijdigheid van de tuchtcolleges) kan gelegen zijn in de zowel door leden van tuchtcolleges als advocaten gesignaleerde veranderde positie van de klager in de tuchtrechtelijke procedure. Beroepsbeoefenaren zijn de laatste jaren over het algemeen voorzien van bijstand door een advocaat, zij kunnen relatief gemakkelijk de opinie van een deskundige inwinnen, terwijl rechtsbijstandverzekeringen van klagers veelal de rechtsbijstand in tuchtzaken niet vergoeden en het voor een klager gecompliceerder is om de opinie van een deskundige in te winnen.[448] Tegenover deze kritische reflecties staat een optimistische houding van de leden van de tuchtcolleges en van beroepsbeoefenaren ten aanzien van de tuchtprocedure in zijn algemeenheid. Een ruime meerderheid van de leden van de tuchtcolleges vindt dat het systeem van tuchtrechtspraak voldoende waarborgen biedt voor patiënten; slechts een zeer klein deel is van mening dat het medisch jargon tijdens de zitting te moeilijk is. Wel bestaat bij de tuchtcolleges steun voor het doorvoeren van een aantal verbeteringen die in de enquête en besprekingen aan de tuchtcolleges zijn voorgelegd. Dat geldt met name voor het invoeren van de mogelijkheid om ambtshalve de ingediende klacht te wijzigen of uit te breiden zodat o.a. kan worden bereikt dat, in geval de klacht niet tegen de juiste beroepsbeoefenaar is ingediend, de klacht alsnog tegen de juiste zorgverlener kan worden behandeld. Ook is er ruime steun voor maatregelen die ertoe leiden dat zonodig een klacht over een samenwerkingsverband/collectief van beroepsbeoefenaren kan worden behandeld. De lopende discussie hierover stellen de onderzoekers voor aldus op te lossen, dat deze ambtshalve bevoegdheid

444 Zie hiervoor paragraaf 6.5.1.

445 Zie hiervoor paragraaf 6.4.2.

446 Zie hiervoor paragraaf 6.4.1

447 Zie hiervoor paragraaf 6.5.1.

448 Zie hiervoor paragraaf 6.5.1 en 6.6.

toekomt aan een vooronderzoeker die niet betrokken zal zijn bij de behandeling van de klacht ten principale.[449]

Alles overziende zijn fundamentele maatregelen geboden om te zorgen dat het tuchtrecht zijn kerntaken – effectief repressief optreden en bijdragen aan de normontwikkeling – beter kan vervullen. Om te voorkomen dat het tuchtrecht zichzelf op termijn uitholt is vereist dat de tuchtcolleges aanvullende instrumenten ter beschikking krijgen om het betrekkelijk grote aantal relatief lichte klachten op andere wijze af te wikkelen dan de wet thans mogelijk maakt. Tegelijkertijd moet worden gestimuleerd dat relatief zwaardere zaken, meer dan nu het geval is, wel aan het tuchtcollege worden voorgelegd. Een belangrijke rol daarbij is weggelegd voor de IGZ. De IGZ zet vaak eerst andere middelen in voordat het tuchtrecht wordt gehanteerd, omdat een tuchtprocedure veel capaciteit en tijd van de IGZ-organisatie vergt. Andere wegen kunnen sneller tot ingrijpen leiden in geval van de zorg bedreigende situaties leiden en naar het gewenste praktische doel voeren. De normerende rol die het tuchtrecht van oudsher heeft gehad acht de inspectie op dit moment minder dringend; ook in dat opzicht zijn in de bestuursrechtelijke wetgeving en door zelfregulering in de zorg gerichte instrumenten beschikbaar. De onderzoekers onderkennen dat deze rechtsinstrumenten inmiddels tot ontwikkeling zijn gekomen, maar menen dat nog steeds behoefte bestaat aan tuchtrecht dat vanuit de empirie de toepassing van normen scherpstelt en verfijnt. Daarvoor is een in de breedte goed functionerend tuchtrecht noodzakelijk.[450] De volgende aanbevelingen worden geformuleerd:

16 Ten aanzien van de toegang tot het tuchtrecht worden de volgende maatregelen aanbevolen:

- *de klager moet worden gestimuleerd om eerst de gewone klachtprocedure te volgen, alvorens een tuchtklacht in te dienen;*
- *tuchtcolleges moeten de mogelijkheid krijgen relatief lichtere zaken te verwijzen naar andere klachteninstanties;*
- *ontneem aan het vooronderzoek het vrijblijvende karakter;*
- *de vooronderzoeker moet tot aan de mondelinge behandeling ambtshalve of op verzoek van klager de mogelijkheid krijgen tot wijziging en uitbreiding van de klacht;*
- *tuchtcolleges krijgen de mogelijkheid van eenvoudige afdoening van (kennelijk) ongegronde klachten door een voorzittersbeslissing, teneinde een omslachtige behandeling in raadkamer te voorkomen.*

Al deze maatregelen hebben tot doel de toevloed van zaken die eigenlijk niet geschikt zijn voor behandeling door het tuchtcollege af te zwakken en te stimuleren dat de tuchtcolleges zich verder kunnen concentreren op de betrekkelijk zware zaken. Het onderscheid van lichte en zwaardere zaken in het tweede onderdeel van deze aanbeveling kan worden ontleend aan de omschrijving van de ingediende klacht. Indien hieruit reeds blijkt dat sprake is van een (mogelijke) calamiteit in de zin van artikel 4a Kwaliteitswet zorginstellingen, kan in ieder geval niet gesproken worden van een lichte zaak. Het lijkt de onderzoekers redelijk aan de voorzittersbeslissingen over te laten waar onder die

449 Zie hiervoor paragraaf 6.5.2.

450 Zie hiervoor paragraaf 6.7.1 t/m 6.7.3.

bovengrens het tuchtcollege een klacht zodanig ernstig acht, dat directe behandeling gerechtvaardigd is. Hier kan een vorm van jurisprudentie vanuit de praktijk ontstaan. Daarnaast is het van belang dat de juiste zaken wel bij de tuchtcolleges terecht komen.

17 *Aanbevolen wordt te stimuleren, meer dan thans het geval is, relatief zwaardere zaken aan het tuchtcollege voor te leggen, door:*
- *de klager bij de procedure te ondersteunen (zorgloket);*
- *de mogelijkheid te introduceren van een kostenvergoeding voor de klager, met name in verband met de kosten van bijstand van een deskundige, alsmede rechtsbijstand.*
- *het vergroten van de rol van de IGZ als klager in tuchtzaken (het Handhavingsschema indienen van een tuchtklacht, IGZ 5 oktober 2009, biedt daarvoor vooralsnog voldoende houvast);*
- *tuchtcolleges meer mogelijkheden te geven om de IGZ te informeren over tuchtzaken en de IGZ om informatie en onderzoek te vragen, waaronder:*
  - *een actiever gebruik door de IGZ van het wettelijk recht van hoger beroep in zaken, waarin zij zelf in eerste aanleg niet als klager is opgetreden;*
  - *dat organisaties van onder het tuchtrecht vallende beroepsbeoefenaren met het oog op de juiste uitleg van haar (door het Zorginstituut te registreren) richtlijnen een zelfstandig beroepsrecht krijgen.*

In het tuchtrecht van de Wet BIG is sprake van de eerste tuchtnorm, neergelegd in artikel 47 lid 1, die het tekortschieten van zorg ten opzichte van patiënt en diens naasten betreft. Daarnaast is er een tweede, meer algemene, tuchtnorm van artikel 47 lid 1, sub b, die het handelen in de individuele gezondheidszorg betreft dat niet is ingebed in de relatie beroepsbeoefenaar-patiënt. Tijdens de eerste evaluatie is gewezen op de noodzaak deze norm te verduidelijken gelet op de jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege. Die verduidelijking is er niet gekomen, maar het Centraal Tuchtcollege heeft in 2011, zij het met bepaalde restricties, wel voor het eerst een directeur patiëntenzorg een waarschuwing opgelegd en nadien in meerdere beslissingen klachten over vergelijkbare functionarissen ontvankelijk verklaard. Dat neemt niet weg dat verheldering van de tweede tuchtnorm nog steeds geboden lijkt omdat buiten twijfel gesteld moet worden dat die norm ook betrekking heeft op organisatorische samenwerking en afstemming door BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren, ook als er geen sprake is van een directe hulpverleningsrelatie met de betrokken patiënt.[451] Dat leidt tot de volgende aanbeveling:

18 *Vervang onderdeel b van artikel 47 lid 1 door: "enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten dat niet betaamt in een behoorlijke uitoefening van het beroep".*

De onderzoekers zien nog onvoldoende aanleiding voor een collectieve tuchtrechtelijke aansprakelijkheid met voorbijgaan aan de individuele tuchtrechtelijke schuld. Vooralsnog zouden de hiervoor genoemde mogelijkheden van uitbreiding en herformulering van de klacht voldoende gelegenheid bieden medebehandelaars in de tuchtklacht te betrekken en ieders individuele betrokkenheid te beoordelen in een samenwerkingsverband, respectievelijk in een zorgketen. Wel

451 Zie hiervoor paragraaf 6.7.6.

zien de onderzoekers tuchtrechtelijk ruimte in het begrip 'voorwaardelijk opzet' om een indirecte betrokkenheid en verantwoordelijkheid tuchtrechtelijk te beoordelen, zoals dat in het strafrecht immers reeds geschiedt.

De tuchtcolleges dragen uit dat de maatregel waarschuwing " *het karakter heeft van een zakelijke terechtwijzing die de onjuistheid van een handelwijze naar voren brengt zonder daarop het stempel van laakbaarheid te drukken*". Uit ons onderzoek blijkt echter dat met regelmaat een waarschuwing wordt opgelegd terwijl de betreffende beroepsbeoefenaar in niets aan duidelijkheid te wensen bewoordingen de laakbaarheid van zijn professioneel handelen wordt voorgehouden. Daarmee vervaagt het onderscheid tussen waarschuwing en berisping nog verder. Ook de motivering van maatregelen blijkt zeer verschillend tussen de tuchtcolleges.[452] Dit leidt tot de volgende aanbeveling aan de tuchtcolleges:

19 *Verhelder het beleid inzake het opleggen van maatregelen door op basis van jurisprudentie-onderzoek criteria op te stellen, vergelijkbaar met de werkwijze zoals die bestaat op het terrein van de straftoemeting. Formuleer daarbij ook voorwaarden waaraan de motivering van maatregelen moet voldoen.*

In de huidige praktijk zijn het vooral de beroepsorganisaties die kandidaten aandragen voor de vervulling van vacatures van leden-beroepsgenoten in de tuchtcolleges. De vraag is of deze informele procedure nog voldoet aan hedendaagse eisen van transparantie en onafhankelijkheid.[453]
Dit leidt tot de volgende aanbeveling aan de tuchtcolleges:

20 *Ontwikkel een werkwijze waarbij duidelijk is dat de tuchtcolleges leidend zijn bij het vervullen van vacatures van leden-beroepsgenoten. Indien dit op korte termijn niet haalbaar is, dient ten minste duidelijkheid te bestaan over de wijze waarop en aan de hand van welke criteria de beroepsorganisaties kandidaten werven, selecteren en voorbereiden op een positie in de tuchtrechtspraak.*

Tot slot wordt een viertal voorstellen gedaan in de sfeer van uitspraakmodaliteiten en rond het toezicht op de tenuitvoerlegging van maatregelen:

21 *Voorgesteld wordt een uitspraakmodaliteit in de wet op te nemen die het tuchtcollege de mogelijkheid geeft een gegrondverklaring zonder oplegging van een maatregel uit te spreken. Deze mogelijkheid is reeds in de jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege opgenomen, maar een wettelijke regeling daarvan ontbreekt nog.*

22 *Aanbevolen wordt het toezicht op de naleving van de voorwaardelijke schorsing, de schorsing en de doorhaling van de registratie bij wet op te dragen aan de IGZ. Vanwege de kenbaarheid voor de*

452 Zie hiervoor paragraaf 6.7.7.

453 Zie hiervoor paragraaf 6.7.4.

patiënt verdient het aanbeveling om ook een doorhaling van de registratie in het register aan te tekenen.

23 *Bij uitbreiding van het arsenaal aan maatregelen past (mede in het licht van het vervallen artikel 87a) het voornemen van de minister van VWS het tuchtcollege de bevoegdheid te geven een beroepsbeoefenaar direct te schorsen bij wijze van voorlopige voorziening wanneer sprake is van een ernstig vermoeden van handelen of nalaten waardoor het volksgezondheidsbelang ernstig wordt geschaad of ernstig dreigt te worden geschaad. De bevoegdheid tot het doen van een dergelijk verzoek moet aan de IGZ worden voorbehouden. De voorlopige voorziening geschiedt in beginsel voor de duur van de tuchtprocedure die binnen twee weken aanhangig moet worden gemaakt op straffe van verval van de voorziening en het karakter heeft van een spoedprocedure als bedoeld in artikel 65 lid 6* Wet BIG.

Over de taakuitvoering door het College voor Medisch Toezicht moet worden opgemerkt dat het CMT de afgelopen jaren slechts één zaak heeft behandeld, waardoor over de taakuitvoering geen zinvolle uitspraken kunnen worden gedaan. Duidelijk is dat het CMT weinig toegevoegde waarde heeft.

24 *Voorgesteld wordt de taken van het CMT onder te brengen bij de tuchtcolleges.*

9.6 Strafrecht

Het strafrecht wordt in de gezondheidszorg weinig ingezet. Dat het aantal zaken bij de strafrechter gering is, is op zich geen probleem – het strafrecht is immers ultimum remedium – ware het niet dat er aanwijzingen zijn dat ernstige zaken eerder door het OM aanhangig zouden moeten worden gemaakt.[454] Het aantal zaken is gering te noemen wanneer dit wordt gerelateerd aan het aantal patiënten dat jaarlijks te maken krijgt met potentieel vermijdbare, zorggerelateerde schade zoals geconstateerd in verschillende onderzoeken, het aantal meldingen van calamiteiten bij de IGZ en het gerapporteerde aantal gevallen van vermijdbaar overlijden in ziekenhuizen. Ernstige zaken worden relatief weinig voorgelegd aan de tuchtcolleges.[455] Dat hier een probleem bestaat, wordt ondersteund door de opvattingen van verpleegkundigen, waarvan een groot deel van oordeel is dat de overheid te weinig bescherming biedt tegen disfunctionerende beroepsbeoefenaren. Daar staat tegenover dat de meeste beroepsbeoefenaren niet vinden dat er vaker strafrechtelijk vervolgd zou moeten worden, omdat het tuchtrecht voor dit doel meer geschikt wordt geacht.[456]

Dat er slechts een gering aantal medische strafzaken is, komt in de eerste plaats doordat weinig aangifte wordt gedaan en weinig meldingen binnenkomen via de gemeentelijk lijkschouwer en de IGZ. Instellingen hebben in de meeste gevallen beleid opgesteld dat aangifte gedaan moet worden, wanneer sprake is van een strafbaar feit, maar dit leidt in de praktijk niet tot veel aangiften. Instellingen hebben de neiging bij ernstige medische fouten zelf op te treden in plaats van een

454 Een voorbeeld is de zaak Jansen Steur die pas na klachten van patiënten aanhangig is gemaakt.

455 Zie hiervoor paragraaf 7.4.1.

456 Zie hiervoor paragraaf 7.5.1.

melding te doen bij de inspectie of bij de tuchtcolleges. Een tweede reden voor het beperkte aantal medische strafzaken is dat de aangiften en meldingen die worden gedaan, slechts zelden tot strafrechtelijke vervolging leiden. In 2012 lijkt er sprake van een zekere kentering en hebben de aangiften en meldingen in dertien zaken tot vervolging geleid, maar in de jaren daarvoor gebeurde dat slechts één of twee keer.[457] In de derde plaats is de formulering van de in artikel 96 Wet BIG neergelegde delictsomschrijving een verklaring dat weinig strafvervolging plaats kan vinden.[458]

Zonder af te doen aan het uitgangspunt dat het strafrecht moet worden gezien als ultimum remedium, is er aanleiding zoveel mogelijk hindernissen voor effectieve handhaving van de huidige delictsomschrijving weg te nemen en gebruik te maken van de normstelling in het commune strafrecht, hetgeen leidt tot de volgende aanbeveling:

25 Wijzig artikel 96 Wet BIG op de volgende wijze:

- *Vervang het veroorzaken van 'schade' (of de aanmerkelijke kans daarop) aan de gezondheid van een ander door het ruimere begrip 'benadeling', zodat daaronder ook schade aan de geestelijke gezondheid kan worden begrepen. Daarmee wordt dezelfde terminologie gehanteerd als in artikel 300 lid 4 Sr.*
- *Schrap het veroorzaken van benadeling van iemands gezondheid als overtreding. Lichtere vormen van benadeling kunnen eventueel in het kader van het commune strafrecht (artikel 300 lid 4 Sr) worden vervolgd.*
- *Indien de benadeling van de gezondheid zwaar lichamelijk letsel c.q. de dood tot gevolg heeft wordt de schuldige gestraft met een gevangenisstraf van vier c.q. zes jaar of een geldboete van de vierde categorie (nieuw lid 2 van artikel 96 Wet BIG)*
- *Schrap, om onnodige beperking in de toepassing van artikel 96 te vermijden, de beperking dat het moet gaan om handelingen buiten de grenzen van iemands 'deskundigheid' (lid 1 en lid 4) (hetgeen in het wetsvoorstel Wkkgz ook is geschied). Om dezelfde reden dient de strafbepaling zich in de voorgestelde redactie te richten tot eenieder die buiten noodzaak de gezondheid van een ander benadeelt, dus los van het restrictief werkende criterium met betrekking tot het al dan niet ingeschreven zijn in het BIG-register.*

Het veroorzaken van benadeling van iemands gezondheid (of de aanmerkelijke kans daarop) blijft in deze aanbevelingen als misdrijf gekwalificeerd, wanneer de dader weet of ernstige reden heeft om te vermoeden dat die benadeling of de kans daarop door zijn handeling wordt veroorzaakt. Wel bevelen wij aan:

- *Verhoog de strafmaat tot twee jaar gevangenisstraf of een geldboete van de derde categorie.*

Het vervolgen van disfunctionerende niet-reguliere behandelaars is bij uitstek een onderwerp dat de aandacht van het Openbaar Ministerie (OM) zou moeten hebben, omdat artikel 96 Wet BIG mede ziet op 'degene die niet ingeschreven staat in een register'. Onder de bevraagde beroepsgroepen bestaat

457 Zie hiervoor paragraaf 7.4.1 en 7.6.

458 Zie hiervoor paragraaf 7.7.1.

geen uitgesproken mening over het vervolgingsbeleid van het OM ten aanzien van niet-reguliere behandelaars. Minder dan een kwart van iedere beroepsgroep vindt dat het vervolgingsbeleid van het OM voldoende is. Ook advocaten vinden dat het vervolgingsbeleid van het OM voor verbetering vatbaar is.[459] Gelet op de omvang van het niet-reguliere behandelcircuit is het opvallend dat het OM hierover vrijwel geen aangiften of signalen van de IGZ bereiken. Daarbij is bovendien relevant dat een hulpverlener door kan gaan met zijn activiteiten zonder een beschermde titel te voeren. Via een opdracht van een geregistreerde beroepsbeoefenaar kan deze zelfs voorbehouden handelingen verrichten. Gelet op recente rechtspraak van de Hoge Raad kan een niet-reguliere behandelaar zich formeel vrijwaren door het advies te geven (ook) een arts te bezoeken, zodat handelen in strijd met zijn zorgplicht hem dan niet kan worden verweten.[460] Dit leidt tot een tweede aanbeveling tot aanpassing van artikel 96 Wet BIG:

26 Neem, mede in verband met niet-reguliere behandelingen, in de delictsomschrijving van artikel 96 Wet BIG bij de aanmerkelijke kans op, dat die kans tevens kan worden aangenomen indien de behandelaar daadwerkelijk overwegende invloed op de consument heeft uitgeoefend om hem van de reguliere geneeskunst te weerhouden. In dat geval handelt de niet-reguliere behandelaar in strijd met de ook op hem rustende zorgplicht. Ten aanzien van de niet-reguliere behandelaar kan, om elke discussie daarover uit te sluiten, tevens in de Wet BIG een uitdrukkelijke zorgplicht worden opgenomen, hetgeen nu uit het Burgerlijk Wetboek wordt afgeleid.

De regeling van de ontzetting uit ‘het beroep’ in het geldende artikel 96 lid 3 Wet BIG verdient aanpassing in relatie tot niet-reguliere behandelaars, zodat duidelijk is dat elke vergelijkbare bezigheid daaronder valt.[461] Dit leidt tot de volgende aanbeveling:

27 Neem in de Wet BIG een bredere regeling op, vergelijkbaar met de regeling in het Wetboek van Strafrecht, maar niet beperkt tot het beroep waarin het delict is begaan, ook niet beperkt tot de gezondheidszorg (maar betrekking hebbend op elke vorm van hulpverlening), ongeacht of het delict in een al dan niet bezoldigde dienstbetrekking is begaan, dus beroepsmatig of niet, direct of indirect, bijvoorbeeld in adviserende of faciliterende zin, ook niet in opdracht van een bevoegde BIG-geregistreerde. In die regeling dient tevens de bevoegdheid te worden opgenomen om de behandelaar, in afwachting van een definitief oordeel, direct te schorsen met daaraan te verbinden voorwaarden (inclusief de oplegging van een dwangsom) en, indien hij de voorwaarden overtreedt, de dwangsom verbeurd te verklaren, soortgelijk als de minister van VWS voor de IGZ in het kader van het tuchtrecht heeft aangekondigd.

De communicatie tussen het OM en de IGZ lijkt niet te zijn verbeterd, ondanks een samenwerkings- en informatieprotocol dat sinds enkele jaren van kracht is. Het OM meent te laat te worden betrokken bij de behandeling van zaken. Door het gebrekkige overleg zegt het OM geen of onvoldoende zicht te hebben op de gevallen en de criteria in situaties waarin een bestuurlijke boete wordt opgelegd, in

459 Zie hiervoor paragraaf 7.5.2.

460 Zie hiervoor paragraaf 7.7.2.

461 Zie hiervoor paragraaf 7.7.2.

situaties waarin een tuchtzaak wordt ingesteld of overwogen, en evenmin in situaties waarin een strafrechtelijke procedure mogelijk meer voor de hand zou kunnen liggen.[462]

Dit leidt tot de volgende aanbeveling:

28 De IGZ moet in een veel vroeger stadium met het OM overleggen, in elk geval het OM eerder bij de besluitvorming over de te kiezen route betrekken, opdat snel duidelijkheid bestaat wie wat gaat doen in de (lastig te beoordelen) sfeerovergang tussen de bestuurlijke en de strafrechtelijke onderzoeksfase (maar ook omgekeerd als het initiatief bij het OM ligt, zoals bij een aangifte of een melding van een niet-natuurlijke dood). Voorafgaand aan een dergelijk overleg moet eerst een quick scan door de IGZ worden uitgevoerd en op basis daarvan de te volgen procesroute worden bepaald, ook in relatie tot de behandeling van klachten en geschillen in het kader van de nieuwe regeling in het wetsvoorstel Wkkgz.

Ten slotte herinneren wij hier aan een wens van het OM tot concentratie van hoger beroep zin strafzaken:[463]

29 De suggestie van de zijde van het OM om in appèl een vaste instantie aan te wijzen waar medische strafzaken in hoger beroep kunnen worden behandeld teneinde meer eenheid en deskundigheid in de rechtstoepassing te bevorderen, verdient serieuze overweging.

9.7 Overige aspecten

De geheimhoudingsbepaling in de Wet BIG is aan herziening toe. De toegevoegde waarde ten opzichte van meer specifieke regelingen is gering en de bepaling is in zijn huidige vorm door de tijd achterhaald.[464]

30 Neem bij de overheveling van de kwaliteitsbepalingen uit de Wet BIG naar andere regelgeving ook de geheimhoudingsbepaling van artikel 88 Wet BIG mee.

Wat betreft de samenloop van de administratieve handhaving en het tuchtrecht achten de onderzoekers het een ongunstige ontwikkeling dat het bestuurlijk gemak van de administratieve handhavingsmogelijkheid kan leiden tot het vermijden van het ten aanzien van individuele beroepsbeoefenaren geëigende instrument van toetsing door het tuchtcollege met de mogelijkheid om door maatregelen in te grijpen in diens beroepsuitoefening.[465] Dit leidt tot de aanbeveling:

462 Zie hiervoor paragraaf 7.7.3.

463 Zie hiervoor paragraaf. 7.8.3.

464 Zier hiervoor paragraaf 8.4.

465 Zie hiervoor paragraaf 8.5 en 6.7.3.

31 *De IGZ dient bij de handhaving de eigen criteria voor het indienen van tuchtklachten te volgen als het geëigend instrument om individuele beroepsbeoefenaren te corrigeren en daarvoor niet uit bestuurlijk pragmatisme de omweg van de zorginstellingen te nemen.*

Daarnaast is in deze evaluatie gesignaleerd dat er tot nu toe een weinig actief handhavingsbeleid op het punt van de zorgfraude met het instrument van het tuchtrecht wordt gevoerd.[466] Naast het strafrecht zien de onderzoekers hier een aanvullende rol voor het tuchtrecht, hetgeen leidt tot de aanbeveling:

32 *Het instrument van het tuchtrecht verdient meer aandacht in een integrale aanpak van fraude door beroepsbeoefenaren in de zorg.*

Tevens wijzen de onderzoekers op de rol die de BIG-registratie zou kunnen spelen in de preventie en de aanpak van zorgfraude. In aanbeveling 2 werd al voorgesteld het BIG-registratienummer verplicht op de declaraties te vermelden. Fraude met AGB-codes van uitgeschreven beroepsbeoefenaren kan worden voorkomen of achterhaald door een check op de inschrijving van de declarerende beroepsbeoefenaar in het BIG-register.

9.8 Beantwoording hoofdvragen

In deze paragraaf worden tot slot de hoofdvragen van het evaluatieonderzoek beantwoord. Die vragen betreffen de doelbereiking en de toekomstbestendigheid van de wet.

I Doelbereiking

De Wet BIG bestaat uit drie onderdelen: beroepenregistratie met daaraan verbonden een beperkt aantal voorbehouden handelingen, kwaliteitsregulering en tuchtrecht. Deze drie elementen zijn met elkaar verbonden, maar er is met name een relatie tussen de registratie van beroepen en het tuchtrecht: alleen geregistreerde beroepsbeoefenaren kunnen voor de tuchtrechter worden gedaagd. De relatie tussen de regulering van de kwaliteit van de zorgverlening en de beroepen is een veel lossere.[467] Onder toekomstbestendigheid van het stelsel wordt hierna meer aandacht geschonken aan dit punt.

Doelstelling van de Wet BIG is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de bescherming van het publiek tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. Van belang voor de doelbereiking is dat de registratie van beroepen op zichzelf goed functioneert, zij het dat er aanleiding is de invoering van beroepen beter te organiseren, hetgeen onder meer betekent dat wordt voorgesteld de daarbij te hanteren maatstaven vast te leggen. Het BIG-register ontmoet veel kritiek op praktische zaken als vindbaarheid, met name bij burgers/consumenten. De kwaliteitsregulering via het BIG-register is de afgelopen tien jaar aangevuld en vervangen door

466 Zie hiervoor paragraaf 8.7.

467 Zie hiervoor paragraaf 8.1.

andere vormen van kwaliteitszorg, onder meer langs private weg georganiseerd. Dat het BIG-register voor burgers onvoldoende zijn functie als kwaliteitswaarborg waarmaakt wordt op andere wijze gecompenseerd.[468]

Over de regeling van de voorbehouden handelingen blijkt uit de evaluatie dat die in de praktijk een beperkte rol speelt, hetgeen mede wordt veroorzaakt door de beperkte kennis onder beroepsbeoefenaren van voorbehouden handelingen. Zorginstellingen blijken sinds de vorige evaluatie echter veel vaker protocollen en richtlijnen opgesteld hebben rond voorbehouden handelingen. Een knelpunt bij de regeling van voorbehouden handelingen vormt de reikwijdte van de regeling. Een restrictieve interpretatie van het begrip voorbehouden handeling zorgt ervoor dat niet alle handelingen die mogelijk risicovol zijn voor de burger (en de samenhang van weefsels verstoren) onder de regeling vallen. De bescherming van het publiek tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen wordt pas bereikt als ook voorbehouden handelingen die buiten het terrein van de individuele gezondheidszorg vallen onder de reikwijdte van de regeling vallen.

De normontwikkelende en corrigerende werking van het tuchtrecht komt onvoldoende tot zijn recht. Enerzijds komen te veel te lichte zaken voor de tuchtrechter, anderzijds moet meer gestimuleerd worden dat de relatief zwaardere zaken aan de tuchtcolleges worden voorgelegd. Met name de terughoudendheid van de IGZ om het tuchtrecht in te zetten speelt daarbij een belangrijke rol. De onderzoekers constateren dat er aanleiding is voor een grondige herziening van het tuchtrecht in de Wet BIG. Ook van strafvervolging blijkt slechts bij hoge uitzondering sprake, hetgeen onder meer wordt verklaard door het geringe aantal aangiften en de delictsomschrijving in artikel 96 waarmee het OM niet goed uit de voeten kan.[469]

Door het verbeteren van de toegankelijkheid en gebruiksvriendelijkheid van het BIG-register en door aanpassingen in de registratie van beroepen, de flexibilisering en de verbreding van de regeling van voorbehouden handelingen en de regeling van het tuchtrecht kan de doelbereiking worden vergroot. Op het punt van de regulering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening heeft de Wet BIG systematisch een beperktere betekenis en dient vooral een coördinatensysteem tot stand te komen voor de beroepsregulering die op zorgoperationeel niveau wordt uitgewerkt in overige regelgeving, waarbij de herschikking van de kwaliteitsparagraaf past.[470]

II Toekomstbestendigheid

De Wet BIG is te zien als een combinatie van een kwaliteitswet, een regulering van beroepen en regeling van het tuchtrecht. Deze drie elementen zijn met elkaar verbonden, in die zin dat alleen geregistreerde beroepen zijn onderworpen aan het tuchtrecht en tuchtrechtelijke maatregelen kunnen leiden tot ontzetting uit die beroepen. Het feit dat schorsing of doorhaling van de inschrijving de meest vergaande sancties vormen is vooralsnog een argument voor handhaving van tuchtrecht in

468 Zie hiervoor paragraaf 8.3.

469 Zie hiervoor hoofdstuk 7 en paragraaf 8.5.

470 Zie hiervoor paragraaf 8.2.

de Wet BIG. De verbinding tussen de regeling van de kwaliteit van de beroepsbeoefening en de registratie van beroepen is veel minder sterk in de wet terecht gekomen. De directe regulering van de kwaliteit komt daardoor in de wet niet tot haar recht. De kwaliteitsbepalingen zullen dan ook uit de Wet BIG verdwijnen als gevolg van de inwerkingtreding van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Het betreft een logische ontwikkeling die het gevolg is van het besef dat de zorgaanbieders in belangrijke mate verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg. Besturen van zorgorganisaties dragen niet alleen formele eindverantwoordelijkheid, maar van hen mag ook actieve bewaking van kwaliteit worden verwacht.[471]

Daarmee is de vraag aan de orde of niet nog systematischer de consequenties daarvan voor de Wet BIG moeten worden doordacht. Dat zou kunnen door die wet te splitsen in twee gedeelten: een regeling van beroepen en een regeling van het tuchtrecht. Een zelfstandige regeling van het tuchtrecht, samen met het tuchtrecht voor andere beroepsgroepen in een algemene regeling is op dit moment niet opportuun. De Wet BIG biedt naar het oordeel van de onderzoekers nog steeds een stevige basis voor de regulering van beroepen, opleidingen en titelbescherming. Als ‘registratiewet’ vervult de wet een belangrijke functie, die de wet ook dient te blijven vervullen. Er is wel aanleiding de invoering van beroepen beter te faciliteren. De registratie en de toegankelijkheid daarvan kan op onderdelen worden verbeterd. Aan de toekomstbestendigheid van de registratie van beroepen behoeft niet te worden getwijfeld. De Wet BIG vormt het ‘binnenwerk’ van een meer omvattende structuur van kwaliteitsborging, waarvan het eindniveau niet meer door deze wet, maar door de overige kwaliteitsregulering en concurrentie om kwaliteit op de markt wordt bepaald. In dat licht beschouwd, kan de ambitie van de Wet BIG om een prominent kader voor de kwaliteit af te geven voor de burger worden gerelativeerd.[472]

Het systeem van de voorbehouden handelingen in de Wet BIG is een weinig bekend referentiekader, zo komt uit het evaluatieonderzoek naar voren. Het juridisch systeem van voorbehouden handelingen is zelfs bij zorgprofessionals minder bekend, maar sluit wel aan op de organisatie van de zorg en biedt daarvoor wezenlijke oriëntatiepunten. De Wet BIG draagt ook hier bij aan de basale lijnen die zowel bij de inrichting van de zorg als bij de functie- en taakverdelingen leidend behoren te zijn en die ook bij de zorginkoop en de vergoeding van de zorg het zorgaanbod bepalen. Bovendien is er een belangrijke relatie tussen de bevoegdheids- en bekwaamheidsvragen en het tuchtrecht en het civiele aansprakelijkheidsrecht. Dat de structuur van de beroepenwetgeving en de voorbehouden handelingen voor de patiënt niet altijd bekend is, doet niet af aan de betekenis daarvan voor het waarborgen van voldoende deskundigheid in de zorg. In de organisatie van de zorg en het toezicht op de kwaliteit is de basis van de beroepenregulering tot en met de regeling van voorbehouden handelingen van grote betekenis. Zowel in het tuchtrecht als in het civiele aansprakelijkheidsrecht biedt deze regulering de noodzakelijke oriëntatiepunten voor een oordeel over professionaliteit en deskundigheid. De ontwikkeling van voorbehouden handelingen is beperkt tot een enkele aanpassing van de lijst en rondom de regeling is uitbreiding gezocht via de functionele zelfstandigheid en een experimenteerbepaling. In de kern lossen deze wijzigingen het gebrek aan dynamiek van de lijst van

---

471 Zie hiervoor paragraaf 8.3.

472 Zie hiervoor paragraaf 8.1 en 8.3.

voorbehouden handelingen niet op. In deze evaluatie wordt daarom bepleit een alternatief spoor te onderzoeken door het beroepsmatige karakter van 'competenties' daarvoor nader te bezien.

Zoals hiervoor genoemd onder de noemer van de doelbereiking is het tuchtrecht in zijn huidige vorm naar het oordeel van de onderzoekers niet toekomstbestendig. Wij zien de betekenis van het tuchtrec ht afnemen. Enerzijds doordat bij de normontwikkeling andere instanties een belangrijkere rol krijgen toebedeeld, de 'verkeerde' zaken veel aandacht van de tuchtcolleges vragen en de meer geëigende zaken de colleges niet bereiken. Anderzijds heeft de IGZ zijn rol als klager te beperkt opgevat, mede in het licht van andere handhavingsmogelijkheden via het bestuursrecht. Een herziening van het tuchtrecht achten de onderzoekers nodig om de effectiviteit van het tuchtrecht te herstellen en te voorkomen, dat in de komende decennia de centrale rol die het tuchtrecht in de 20ste eeuw had, verder verloren gaat.

9.9 Aanbevelingen

In de onderstaande tabel zijn de in dit hoofdstuk genoemde aanbevelingen opgenomen. Daarbij is aangegeven aan wie de aanbeveling geadresseerd is en welke prioritering de onderzoekers aan de aanbevelingen geven. De prioritering wordt aangegeven door te vermelden of de aanbeveling op korte, middellange of lange termijn gerealiseerd zou moeten worden (legenda onder de tabel).

De aanbevelingen zijn gericht op alle betrokken actoren. Naast aanbevelingen gericht aan het ministerie en de wetgever, zijn er eveneens aanbevelingen voor zorginstellingen, beroepsgroepen, opleidingen, tuchtcolleges, OM en IGZ.

Aanbeveling		Adressant	Prioriteit
1	Aanbevolen wordt dat de nog in te richten registerautoriteit de herkenbaarheid van zowel publieke als private titelregistraties bevordert, onder meer door de verbetering van de toegankelijkheid en samenhang van deze registraties via de website en de bevordering van de afstemming van het BIG-register met de verschillende registratiesystemen zoals Handelsregister en DUO. Daarnaast dient de registerautoriteit zorg te dragen voor beter toegankelijke en gebruiksvriendelijke publieksinformatie, met name toegespitst op de vindbaarheid van BIG-geregistreerden die een maatregel opgelegd kregen. Hiervoor is in elk geval noodzakelijk dat het werkadres van de beroepsbeoefenaren in het BIG-register opgenomen wordt. Met een proactief beleid (publiekscampagnes) gericht op een betere bekendheid van de mogelijkheden van het register wordt de effectiviteit verhoogd.	Ministerie	Korte termijn
2	Aanbevolen wordt om de volgende wettelijke plichten op te nemen in de wet: — een wettelijke plicht voor BIG-geregistreerden tot vermelding van hun BIG-nummer op websites en rekeningen; — een wettelijke plicht voor zorginstellingen om bij geregistreerde beroepen alleen met BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren te werken, waardoor werkgevers worden verplicht tot raadpleging van het BIG-register.	Wetgever	Middellange termijn
3	Monitor de effecten van de praktijk van privaatrechtelijk beschermde (specialisten)titels naast het wettelijk stelsel van titelbescherming, in het bijzonder gelet op mogelijke strijd met het verbod van misleidende titels in artikel 4 lid 2, artikel 17 lid 2, respectievelijk artikel 34 lid 4 Wet BIG en op hun mogelijke toegevoegde waarde.	Ministerie	Middellange termijn
4	Neem de maatstaven voor erkenning van een beroep of specialisme op in de wet onder artikel 14 of artikel 34 Wet BIG.	Wetgever	Middellange termijn
5	Voeg aan de gangbare criteria voor het opnemen van beroepen in artikel 3 Wet BIG de volgende criteria toe: — De algemene behoefte om met behulp van een publiekrechtelijke registratie van de beroepsbeoefenaren de gerechtigheid tot het voeren van een zekere titel vast te stellen. — Het perspectief op specialismen die kunnen voldoen aan de criteria van artikel 14 Wet BIG.	Ministerie	Korte termijn

Aanbeveling		Adressant	Prioriteit
6	De onderzoekers achten de route van artikel 36a naar artikel 3 Wet BIG een logische en het voorbeeld van de physician assistant en klinisch technoloog verdient voor andere beroepen navolging. Mogelijke kandidaten zijn hiervoor de mondhygiënist, de perfusionist en klinisch embryoloog. Voor een aantal andere beroepen in het 'voorportaal' van artikel 3, of 34 of 36a Wet BIG is nader onderzoek geboden.	Ministerie	Middellange termijn
7	Het is aan te bevelen dat aan de vereisten voor periodieke herregistratie participatie in een aangewezen vorm van intercollegiale toetsing en breder deelname aan deskundigheidsbevorderende activiteiten worden toegevoegd.	Ministerie	Korte termijn
8	— Actualiseer de deskundigheidsgebieden van de beroepen als bedoeld in artikel 3 (met name die ten aanzien van de beroepen GZ-psycholoog en psychotherapeut) en krachtens artikel 34 Wet BIG in overleg met de betrokken beroepsorganisaties. — Breng de omschrijving van de deskundigheidsgebieden van de artikel-3 beroepen onder in AMvB's in plaats van in de wettekst. — Pas op basis van deze actualiseringsslag de AMvB's inzake de deskundigheidsgebieden aan. Met name de omschrijvingen van de deskundigheidsgebieden van de arts, tandarts en verpleegkundige moeten worden herzien en aangepast aan de eisen van de praktijk.	Wetgever en beroepsorganisaties	Korte termijn
9	Wijzig in artikel 14 lid 4 Wet BIG de tweede volzin als volgt: "de instemming kan worden onthouden indien de regeling niet voldoet aan door het Zorginstituut Nederland opgestelde structuur- en randvoorwaarden voor een dergelijke regeling, alsmede wegens strijd met het recht of het algemeen belang".	Wetgever	Lange termijn
10	Voor het bevorderen van taakherschikking is het van belang dat beroepsgroepen over en weer voldoende inzicht hebben in elkaars competenties en verantwoordelijkheden. De ontwikkeling van geaccrediteerde competentieprofielen voor opleidingen en cursussen, zoals eerder aanbevolen door de RvZ, kan daaraan bijdragen.	Beroepsgroepen	Middellange termijn
11	Maak de accreditering van opleidingen in de individuele gezondheidszorg transparant door zowel de accreditatiecriteria, als de beoordelingen van opleidingen door de gezaghebbende accreditatieorganen publiek toegankelijk te maken. Hiervoor kan aangesloten worden bij de website van het Zorginstituut Nederland, respectievelijk de Sectie Zorgberoepen en (zorg)opleiding centraal.	Opleidingen	Lange termijn

Aanbeveling	Adressant	Prioriteit
12 Onderzoek de potenties van het begrip 'voorbehouden competenties' in aanvulling op de notie van 'voorbehouden handelingen' door een samenstel van zorgactiviteiten met deskundigheidswaarborgen te omkleden, zoals het indiceren van voorbehouden handelingen, het stellen van een medische diagnose of het toepassen van innovatieve zorg. Naast verboden handelingen zou een lijst met voorbehouden uit te oefenen competenties het exclusieve domein van aangewezen beroepsbeoefenaren kunnen versterken.	Ministerie	Lange termijn
13 Aanbevolen wordt: — artikel 1 lid 2 onder b Wet BIG wijzigen in dier voege dat daaraan wordt toegevoegd de invasieve ingreep zoals gepaard gaat met cosmetische chirurgie (gedacht kan worden aan 'aanbrengen, modificeren, herstructureren en wegnemen van weefsel'); — artikel 35 lid 1 Wet BIG aldus te wijzigen, dat aan de aanhef van lid 1 na de woorden "…te verrichten" wordt toegevoegd "…, ook als het gaat om een handeling die ligt buiten het terrein van de individuele gezondheidszorg als bedoeld in artikel 1, tenzij binnen de individuele gezondheidszorg: a) zulks….[etc]". In artikel 36 lid 1 vervalt in verband daarmee de zinsnede 'liggende op het gebied van de geneeskunde'."	Wetgever	Korte termijn
14 Wijzig de Wet BIG dusdanig, dat: — in artikel 36 in plaats van de lijst van voorbehouden handelingen wordt opgenomen een bepaling dat de voorbehouden handelingen bij AMvB worden vastgesteld na een voorhangprocedure. — neem in artikel 36 de nader te preciseren algemene criteria op voor de lijst van voorbehouden handelingen. — vervang in artikel 37 in de leden 1 en 2 het instrument van de AMvB door de ministeriële regeling en in het derde lid het instrument van de formele wet door een AMvB.	Wetgever	Korte termijn
15 Aanbevolen wordt dat de zorginstellingen overzicht creëren in de bekwaamheid van de opdrachtnemers. Dit kan bevorderd worden door een systeem van bekwaamheidsverklaringen.	Zorginstellingen	Middellange termijn

Aanbeveling	Adressant	Prioriteit
16 Ten aanzien van de toegang tot het tuchtrecht worden de volgende maatregelen aanbevolen: — de klager moet worden gestimuleerd om eerst de gewone klachtprocedure te volgen, alvorens een tuchtklacht in te dienen; — tuchtcolleges moeten de mogelijkheid krijgen relatief lichtere zaken te verwijzen naar andere klachteninstanties; — ontneem aan het vooronderzoek het karakter aan vrijblijvendheid. — de vooronderzoeker van het tuchtcollege moet tot aan de mondelinge behandeling ambtshalve of op verzoek van klager de mogelijkheid krijgen tot wijziging en uitbreiding van de klacht; — tuchtcolleges krijgen de mogelijkheid van eenvoudige afdoening van (kennelijk) ongegronde klachten door een voorzittersbeslissing, teneinde een omslachtige behandeling in raadkamer te voorkomen.	Wetgever en tuchtcolleges.	Korte termijn
17 Aanbevolen wordt te stimuleren, meer dan thans het geval is, relatief zwaardere zaken aan het tuchtcollege voor te leggen, door: — de klager bij de procedure te ondersteunen (zorgloket); — de mogelijkheid te introduceren van een kostenvergoeding voor de klager, met name in verband met de kosten van bijstand van een deskundige, alsmede rechtsbijstand; — het vergroten van de rol van de IGZ als klager in tuchtzaken (het Handhavingsschema indienen van een tuchtklacht, IGZ 5 oktober 2009, biedt daarvoor vooralsnog voldoende houvast); — tuchtcolleges meer mogelijkheden te geven om de IGZ te informeren over tuchtzaken en de IGZ om informatie en onderzoek te vragen, waaronder: – een actiever gebruik door de IGZ van het wettelijk recht van hoger beroep in zaken, waarin zij zelf in eerste aanleg niet als klager is opgetreden; – dat organisaties van onder het tuchtrecht vallende beroepsbeoefenaren met het oog op de juiste uitleg van haar (door het Zorginstituut te registreren) richtlijnen een zelfstandig beroepsrecht krijgen.	Wetgever, ministerie, tuchtcolleges en IGZ.	Korte termijn
18 Vervang onderdeel b van artikel 47 lid 1 Wet BIG door: “enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten dat niet betaamt in een behoorlijke uitoefening van het beroep”.	Wetgever	Korte termijn

	Aanbeveling	Adressant	Prioriteit
19	Verhelder het beleid inzake het opleggen van maatregelen door op basis van jurisprudentie-onderzoek criteria op te stellen, vergelijkbaar met de werkwijze zoals die bestaat op het terrein van de straftoemeting. Formuleer daarbij ook voorwaarden waaraan de motivering van maatregelen moet voldoen.	Tuchtcolleges voor de Gezondheids-zorg	Middellange termijn
20	Ontwikkel een werkwijze waarbij duidelijk is dat de tuchtcolleges leidend zijn bij het vervullen van vacatures van leden-beroepsgenoten. Indien dit op korte termijn niet haalbaar is, dient ten minste duidelijkheid te bestaan over de wijze waarop en aan de hand van welke criteria de beroepsorganisaties kandidaten werven, selecteren en voorbereiden op een positie in de tuchtrechtspraak.	Tuchtcolleges voor de Gezondheids-zorg	Middellange termijn
21	Voorgesteld wordt een uitspraakmodaliteit in de wet op te nemen die het tuchtcollege de mogelijkheid geeft een gegrondverklaring zonder oplegging van een maatregel uit te spreken. Deze mogelijkheid is reeds in de jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege opgenomen, maar een wettelijke regeling daarvan ontbreekt nog.	Wetgever	Korte termijn
22	Aanbevolen wordt het toezicht op de naleving van de voorwaardelijke schorsing, de schorsing en de doorhaling van de registratie bij wet op te dragen aan de IGZ. Vanwege de kenbaarheid voor de patiënt verdient het aanbeveling om ook een doorhaling van de registratie in het register aan te tekenen.	Wetgever	Korte termijn
23	Bij uitbreiding van het arsenaal aan maatregelen past (mede in het licht van het vervallen artikel 87a) het voornemen van de minister van VWS het tuchtcollege de bevoegdheid te geven een beroepsbeoefenaar direct te schorsen bij wijze van voorlopige voorziening wanneer sprake is van een ernstig vermoeden van handelen of nalaten waardoor het volksgezondheidsbelang ernstig wordt geschaad of ernstig dreigt te worden geschaad. De bevoegdheid tot het doen van een dergelijk verzoek moet aan de IGZ worden voorbehouden. De voorlopige voorziening geschiedt in beginsel voor de duur van de tuchtprocedure die binnen twee weken aanhangig moet worden gemaakt op straffe van verval van de voorziening en het karakter heeft van een spoedprocedure als bedoeld in artikel 65 lid 6 Wet BIG.	Wetgever	Korte termijn
24	Voorgesteld wordt de taken van het CMT onder te brengen bij de tuchtcolleges.	Wetgever	Korte termijn

Aanbeveling		Adressant	Prioriteit
25	Voorgesteld wordt een algehele herziening van artikel 96 Wet BIG, zodat de gesignaleerde belemmeringen bij het instellen van strafvervolging worden weggenomen.	Wetgever	Middellange termijn
26	Neem, mede in verband met niet-reguliere behandelingen, in de delictsomschrijving van artikel 96 Wet BIG bij de aanmerkelijke kans op, dat die kans tevens kan worden aangenomen indien de behandelaar daadwerkelijk overwegende invloed op de consument heeft uitgeoefend om hem van de reguliere geneeskunst te weerhouden. In dat geval handelt de niet-reguliere behandelaar in strijd met de ook op hem rustende zorgplicht. Ten aanzien van de niet-reguliere behandelaar kan, om elke discussie daarover uit te sluiten, tevens in de Wet BIG een uitdrukkelijke zorgplicht worden opgenomen, hetgeen nu uit het Burgerlijk Wetboek wordt afgeleid.	Wetgever	Middellange termijn
27	Neem in de Wet BIG een bredere regeling op, vergelijkbaar met de regeling in het Wetboek van Strafrecht, maar niet beperkt tot het beroep waarin het delict is begaan, ook niet beperkt tot de gezondheidszorg (maar betrekking hebbend op elke vorm van hulpverlening), ongeacht of het delict in een al dan niet bezoldigde dienstbetrekking is begaan, dus beroepsmatig of niet, direct of indirect, bijvoorbeeld in adviserende of faciliterende zin, ook niet in opdracht van een bevoegde BIG-geregistreerde. In die regeling dient tevens de bevoegdheid te worden opgenomen om de behandelaar, in afwachting van een definitief oordeel, direct te schorsen met daaraan te verbinden voorwaarden (inclusief de oplegging van een dwangsom) en, indien hij de voorwaarden overtreedt, de dwangsom verbeurd te verklaren, soortgelijk als de minister van VWS voor de IGZ in het kader van het tuchtrecht heeft aangekondigd.	Wetgever	Middellange termijn
28	De IGZ moet in een veel vroeger stadium met het OM overleggen, in elk geval het OM eerder bij de besluitvorming over de te kiezen route betrekken, opdat snel duidelijkheid bestaat wie wat gaat doen in de (lastig te beoordelen) sfeerovergang tussen de bestuurlijke en de strafrechtelijke onderzoeksfase (maar ook omgekeerd als het initiatief bij het OM ligt, zoals bij een aangifte of een melding van een niet-natuurlijke dood). Voorafgaand aan een dergelijk overleg moet eerst een quick scan door de IGZ worden uitgevoerd en op basis daarvan de te volgen procesroute bepaald, ook in relatie tot de behandeling van klachten en geschillen in het kader van de nieuwe regeling in de voorgestelde Wkkgz.	IGZ en OM	Korte termijn

Aanbeveling		Adressant	Prioriteit
29	De suggestie van de zijde van het OM om in appèl een vaste instantie aan te wijzen waar medische strafzaken in hoger beroep kunnen worden behandeld teneinde meer eenheid en deskundigheid in de rechtstoepassing te bevorderen, verdient serieuze overweging.	Wetgever	Korte termijn
30	Neem bij de overheveling van de kwaliteitsbepalingen uit de Wet BIG naar andere regelgeving ook de geheimhoudingsbepaling van artikel 88 Wet BIG mee.	Wetgever	Korte termijn
31	De IGZ dient bij de handhaving de eigen criteria voor het indienen van tuchtklachten te volgen als het geëigend instrument om individuele beroepsbeoefenaren te corrigeren en daarvoor niet uit bestuurlijk pragmatisme de omweg van de zorginstellingen te nemen.	IGZ	Korte termijn
32	Het instrument van het tuchtrecht verdient meer aandacht in een integrale aanpak van fraude door beroepsbeoefenaren in de zorg.	IGZ	Middellange termijn

Korte termijn:	Aanbevelingen die ofwel een urgent probleem beogen op te lossen ofwel aansluiting kunnen vinden bij wetgeving die momenteel aanhangig is, waardoor de aanbevelingen direct uitvoering verdienen.
Middellange termijn:	Aanbevelingen die pas uitgevoerd kunnen worden als andere acties, bijvoorbeeld een wetgevingsproces, zijn afgerond.
Lange termijn:	Aanbevelingen die pas uitgevoerd kunnen worden als andere acties, bijvoorbeeld wetgevingsprocessen, zijn afgerond en die daarnaast geen urgent probleem oplossen.

Literatuur

Adviesgroep Capaciteit Mondzorg 2000 — *Eindrapport Capaciteit Mondzorg. Aanbevelingen voor de korte en lange termijn* (eindrapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg), Den Haag: Ministerie van VWS 2000.

Arbeid in Zorg en Welzijn 2012 — *Arbeid in Zorg en Welzijn 2012 (*Integrerend jaarrapport van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn), Zoetermeer 2012.

Barometer Vertrouwen in de gezondheidszorg — A.E.M. Brabers, M. Reitsma-van Rooijen & J.D. de Jong, *Barometer Vertrouwen in de gezondheidszorg,* Nivel: Utrecht.

De Beaufort & Raas 2005 — I.D.de Beaufort & G.P.M. Raas, 'Reactie op Gezichtspunt Alternatieve geneeswijzen in de Wet BIG: meer toezicht doet wonderen?', *TvGR* 2005, nr. 7, p. 573-574.

Beck 2010 — U. Beck, *World at Risk*, Cambridge: Polity Press 2009.

Beuker e.a. 2008 — K.M. Beuker, F.C.A. Jaspers & J.H. Hubben, 'De specialisten-APK rammelt', *MC* 2008, nr. 45, p. 1866-1869.

Biesaart & Hubben 2003 — M. Biesaart & J.H. Hubben, 'Strafbepalingen en tuchtrecht - Wet BIG beschermt burger onvoldoende', *MC* 2003, 26-27, p. 1060-1062.

Biesaart 2012a — M.C.I.H. Biesaart, ´Voorgeschiedenis en uitgangspunten van de Wet BIG´, in: D.Y.A. van Meersbergen e.a. (red.): *Beroepenwetgeving gezondheidszorg 2012/2013*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2012, p. 27-39.

Biesaart 2012b — M.C.I.H. Biesaart, 'Bescherming van de opleidingstitel (artikel 34-beroepen)', in: D.Y.A. van Meersbergen e.a. (red.): *Beroepenwetgeving gezondheidszorg 2012/2013,* Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2012, p. 75-81.

De Bijl 2003 — N. de Bijl, 'Capita selecta - Taakherschikking en verpleegkundigen - Een juridische analyse', *Tijdschrift voor gezondheidszorg en ethiek* 2003/3, p. 85-89.

Black 2012 — M. Black, *A Sociological investigation of trust in Complementary and Alternative Medicine Use*, Newcastle: University of Newcastle 2012.

Blaauw e.a. 2010 — C.B. Blaauw, P. Jongerius & J.H. Hubben, *De huisartsenpost in de tuchtrechtspraak 1997-2007; enkele leerpunten voorde praktijk,* Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2010.

Buijse & Plas 2007 — A.M. Buijse & G.M. Plas, *Inventarisatie van competenties en voorwaarden voor het indiceren van voorbehouden handelingen door Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants*, Utrecht: Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) 2007.

Buijse & van Tol 2007 — R. Buijse & M. van Tol, 'Normen voor de beroepspraktijk - Tien jaar tuchtrecht voor verpleegkundigen', *TvZ* 2007/11-12, p. 45-52.

Buijssen e.a. 2012 — M. Buijssen e.a., *Beroepsgeheim in dubio (*rapport in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), Erasmus Universiteit 2012.

Bulstra, Wiggers & Hubben 2008 — G. Bulstra, T. Wiggers en J.H. Hubben, *Chirurg en tuchtrecht 1996-2007*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2008.

Brands 2009 — W. Brands, *Taakverdeling in de mondzorg* (notitie van oktober 2009, NMT), 2009.

Brands 2012 — W.G. Brands, 'Juridische aspecten van samenwerken in de mondzorg', in: R. Schaub (red.), *Samenwerken in de mondzorg,* Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2012, p. 72-98.

Brinkman 2011 — A. Brinkman, 'V&VN: Meer aandacht voor taakherschikking', *Bijzijn* 2011, nr. 2 p. 12.

Crul 2007 — B. Crul, 'Tuchtrecht is niet meer van deze tijd', *NTvG* 2007, 1, p. 62-65.

CRV advies Wet BIG 1982 — *Advies inzake het voorontwerp van wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid), Den Haag: Staatsuitgeverij 1982, p. 79.

Cuperus-Bosma e.a. 2002 — J.M. Cuperus-Bosma , H.D.C. Roscam-Abbing, J.K.M. Gevers, J.H. Hubben, G. van der Wal, V.L. Derckx, B. Blaas, M.C.J.H. Biesaart, J. de Bie, F.A.G. Hout, J.H.C. Smink, *Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (reeks evaluatie regelgeving, deel 12), Den Haag: ZonMw 2002.

Cuperus-Bosma e.a. 2006 — J.M. Cuperus-Bosma, F.A.G. Hout, J.H. Hubben, G. van der Wal, 'Views of physicians, disciplinairy board members and practicing lawyers on the new statutory disciplinary system for health care in the Netherlands, *Health Policy 2006,* 77, p. 202-211.

Dekker, den Ridder & Schnabel 2012 — P. Dekker, J. den Ridder & P. Schnabel, *Burgerperspectieven 2012/1* (Kwartaalbericht van het continu onderzoek burgerperspectieven door het SCP), 2012.

De Die 2008 — A.C. de Die, 'Gewaarborgde kwaliteit', in: J.H.H.M. Dorscheidt & A.C. de Die, *De toekomst van de Wet BIG*, preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht, Den Haag: Sdu Uitgevers 2008.

De Die & Hoorenman 2008 — A.C. de Die & E.M. Hoorenman, *De Wet BIG : de betekenis van de wet voor de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2008.

De Die 2008 — A.C. de Die, *Tekst en toelichting Wet BIG : editie 2008-2009*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2008.

Dorscheidt 2008 — J.H.H.M. Dorscheidt, 'Taakherschikking en verantwoordelijkheidsverdeling', in: J.H.H.M. Dorscheidt & A.C. de Die, *De toekomst van de Wet BIG*, preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht, Den Haag: Sdu Uitgevers 2008.

Dorscheidt e.a. 2013 — J.H.H.M. Dorscheidt e.a., *Perspectives on health law education in Dutch medical curricula,* 2 *Perspectives on Medical Education,* 2013 (in druk).

Dorscheidt & De Die 2008 — J.H.H.M. Dorscheidt & A.C. de Die, *De toekomst van de Wet BIG* (Vereniging voor Gezondheidsrecht), Den Haag: Sdu Uitgevers 2008.

Van Drunen 2009 — P. van Drunen, 'De gezondheidszorgpsycholoog en de Wet BIG', *De psycholoog* 2009, 6, p. 333-339.

Dute e.a. 2009 — J.C.J. Dute e.a., *Voorbehouden handelingen tegen het licht, De regeling van art 35-39 Wet BIG heroverwogen*, Amsterdam: AMC/UvA 2009.

Van den Ende e.a. 2011 — T.A.M.van den Ende, J.G. Sijmons & G.R.J. de Groot, *Stelsel onder stress. De cure: transitie en onbalans* (preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht), Den Haag: Sdu uitgevers 2011.

Friele 2009 — R.D. Friele (red.), *Evaluatie Wet marktwerking in de gezondheidszorg (*reeks evaluatie regelgeving, deel 28), Den Haag: ZonMw 2009.

Van Gelder & Kop 2008 — Th C. van Gelder & B. Kop, 'Taakherschikking botst met wet', *MC* 2008, 43, p. 1784-1786.

Gevers 2007 — J.K.M. Gevers, 'De modernisering van het tuchtrecht : kanttekeningen bij het rapport Huls', *TvGR* 2007, 7, p. 516-523.

Gevers 2009 — J.K.M. Gevers, 'Wetgeving inzake de positie van de cliënt in de zorg: op koers of op drift?', *TvGR* 2009, 2, p. 70-78.

Gevers 2010 — J.K.M. Gevers, ´Wet BIG knelt´, *Zorgvisie magazine (column)* 2010, nr. 1, p. 33/34.

Gezondheidsraad 1992 — *Voorbehouden handelingen II (*advies van de Gezondheidsraad, publ.nr. 1992/05), Den Haag 1992.

Gezondheidsraad 2008 — *Taakherschikking in de gezondheidszorg : inzet van praktijkassistenten en -ondersteuners, nurse practitioners en physician assistants* (advies van de Gezondheidsraad), Den Haag: Gezondheidsraad 2008.

Giard 2006 — R.W.M. Giard, 'Medisch tuchtrecht: duidelijke bestaansreden, onzeker nut', *NTvG*, 2006, 150, 51, p. 2830-2832.

Van Griensven 2009 — H.P.H. van Griensven, 'Het bereik van het tuchtrecht', in: *Jaarverslag Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg*, 2009, p. 8.

De Groot 2005 — G.R.J. de Groot, 'Geen twijfel over mogelijk?', in: *Medische diagnose. Achtergrondstudies* (achtergrondstudie bij het RVZ advies 'Medische diagnose'), Zoetermeer 2005.

Halbersma 2008 — R. Halbersma, *Kwaliteit van zorg en marktwerking. Een overzicht van de economische literatuur,* Nederlandse Zorgautoriteit 2008.

Handreiking implementatie taakherschikking 2012 — *Handreiking Implementatie Taakherschikking. Implementatie van de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken* (handreiking door KNMG/V&VN/NAPA), Utrecht 2012.

Heinen & Hubben 2011 — A. Heinen & J. Hubben, 'Juridische aspecten in de dagelijkse praktijk van de gz-psycholoog'. in: M. Verbraak, S. Visser, P. Muris & K. Hoogduin (red.), *Handboek voor gz-psychologen*, Amsterdam: Uitgeverij Boom 2011, p. 501-513.

Van Herwaarden e.a. 2009 — C.L.A. van Herwaarden, R.F.J.M. Laan & R.R.M. Leunissen (red.), *Raamplan Artsopleiding 2009*, Utrecht 2009.

Hendriks 2010 — A.C. Hendriks, 'Moet de medische tuchtrechtrechter artsen kunnen schorsen direct na het indiening van een klacht?', *AA* 2010-januari, nr. 1, p. 23-24.

Hendriks & van Meersbergen 2011 — A.C. Hendriks & D.Y.A. van Meersbergen, 'Afspraken nodig over taakherschikking', *MC* 2011/9, p. 555-557.

Holtrop 2009 — J.S.W. Holtrop, ‘De Kaderwet tuchtprocesrecht’, in: *Jaarverslag Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg,* 2009, p. 9.

Hout e.a. 2004 — F.A.G. Hout, J.M. Cuperus-Bosma, O.R. De Peuter, J.H. Hubben & G.Van Der Wal, ‘Tuchtrechtspraak niet verbeterd sinds de invoering van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)’, *NTvG* 2004, 3, p. 135-139.

Hout e.a. 2007a — F.A.G. Hout, J.M. Cuperus-Bosma, O.R. de Peuter, J.H. Hubben & G. van der Wal, ‘Tuchtrechtspraak voor de gezondheidszorg in Nederland’, *NTvG* 2007, 151, 15, p. 881-886.

Hout e.a. 2007b — F.A.G. Hout, J.M. Cuperus-Bosma, J.H. Hubben & G. van der Wal, ‘Practice of the statutory disciplinairy system for health care psychologists in the Netherlands’, *European Journal of Health Law* 2007, 14, p. 75-91.

Hubben 2007a — J.H. Hubben, ‘Naar een alerter strafrecht in de gezondheidszorg’, *NJB* 2007, 26, p. 1571-1576.

Hubben 2008 — J.H. Hubben, ‘De zaak Millecam en de afzijdigheid van het OM’, *NJB* 2008, 20, p. 122.

Hubben 2010 — J.H. Hubben, ‘De uitbreiding van bevoegdheden van de IGZ en de (ingrijpende) gevolgen voor zorgaanbieder en patiënt’, in: A.C. Hendriks, J.H. Hubben, J. Legemaate & B. Sluijters, *Grondrechten in de gezondheidszorg,* Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2010, p. 189-200.

Hubben 2011 — J.H. Hubben, ‘Profilering van meer sanctiebevoegdheden in medische zaken vraagt om betere samenwerking’, *TvGR*, 2011, 35, 2, p. 110-118.

Hubben 2012 — J.H. Hubben, ‘De IGZ: van stille kracht naar publieke waakhond’, *TvGR* 2012, 2, p.96-108.

Hubben 2012a — J.H. Hubben & G.G. Zeeman, ‘Patiëntveiligheid in de obstetrie en gynaecologie’, in: G.G. Zeeman & R. Bekkers, Handboek Obstetrie en Gynaecologie, de voortplanting van de mens, Elsevier Gezondheidszorg: Maarsen 2012, p.85-102.

Hubben & Sijmons 2008 — J.H. Hubben& J.G. Sijmons, ‘De zelfstandig gevestigde medisch specialist op een gewijzigd juridisch speelveld’, *NTvG* 2008, 152, 2, p. 104-106.

Hubben & Sijmons 2009 — J.H. Hubben & J.G. Sijmons, ‘Herpositionering van ziekenhuis en vrij gevestigd medisch-specialist in hun civielrechtelijke verhouding’, *TvGR*, 2009, 1, p. 10 e.v.

Huls 2006 — N.J.H. Huls, *Beleidsuitgangspunten wettelijk geregeld tuchtrecht* (rapport van de werkgroep tuchtrecht), Den Haag 2006.

IGZ basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen — Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen (*beleidsrapport Inspectie voor de Gezondheidszorg), Utrecht 2011.

IGZ taakherschikking — *Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg* (onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg), Den Haag 2007.

IGZ het resultaat telt ziekenhuizen 2012 — *Het resultaat telt ziekenhuizen 2010* (rapport door de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de resultaten van de Nederlandse ziekenhuizen op de kwaliteitsindicatoren van 2010), Utrecht 2012.

IGZ het resultaat telt ziekenhuizen 2013 — *Het resultaat telt ziekenhuizen 2011* (rapport door de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de resultaten van de Nederlandse ziekenhuizen op de kwaliteitsindicatoren van 2011), Utrecht 2013.

IOO-Advies Innovatie in de Mondzorg 2006 — *Innovatie in de Mondzorg* (adviesrapport van het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven), Leiden: IOO 2006.

De Jong e.a. 2002a — E. de Jong e.a., *De gezondheidszorgpsycholoog : een breed inzetbare professional binnen de gezondheidszorg,* Amsterdam: Nederlands Instituut van Psychologen 2002.

Jakobs e.a. 2002 — C.A.J.M. Jakobs, D. van Nobelen & A. Broerse, *Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg* (achtergrondstudie door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg), Zoetermeer 2002.

De Jong 2002b — E.J.C. de Jong, *Het Beroepsgeheim en derdenbelangen, Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2002.

De Jong 2010 — E.J.C de Jong, 'Het moeras van de voorbehouden handelingen', *TvGR* 2010, nr. 2, p. 87-93.

Jerkovic e.a. 2010 — K. Jerkovic & M.A.G. van Offenbeek & C.P. van der Schans, 'Taakherschikking in de Nederlandse mondzorg en de werktevredenheid van de mondhygiënist', *Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde* 2010/5, p. 289-297.

Kahn 2007 — Ph. S. Kahn, 'Tuchtrecht is toe aan revisie', *MC* 2007/24, p. 1049-1051.

Kahn & legemaate 2004 — Ph.S. Kahn & J. Legemaate, *Klachtenprocedures in de gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2004.

Kastelein 2005a — W.R. Kastelein, 'Alternatieve geneeswijzen in de Wet BIG: meer toezicht doet wonderen?', *TvGR* 2005, nr. 5, p. 367.

Kastelein 2005b — W.R. Kastelein, 'De onbegrijpelijke interpretatie van de artikelen 1 en 47 Wet BIG: herbezinning noodzakelijk', *TvGR* 2005/3, p. 227-229.

Koene 2010 — R. Koene, ´Reserveer medische diagnose voor arts´, *MC* 2010, 48, p. 2626-2627.

Kroes 2011 — B. Kroes, 'De Wet BIG voor de fysiotherapeut', *FysioPraxis* 2011, nr. 10, p. 22-24.

Kruikemeijer e.a. 2009 — Kruikemeier e.a., *Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg,* Utrecht: Nivel 2009.

Lambregts e.a. 2012a — J. Lambregts, projectgroep V&V, A. Grotendorst (red.), *Beroepsprofiel zorgkundige*, V&V2020 Deel 2, Utrecht 2012.

Lambregts e.a. 2012b — J. Lambregts, projectgroep V&V, & A. Grotendorst (red.), *Beroepsprofiel verpleegkundig specialist*, V&V2020 Deel 4, Utrecht 2012.

Lambregts & Grotendorst 2012 — J. Lambregts & A. Grotendorst (red.), *Leren van de toekomst*, V&V2020 Deel 1, Utrecht 2012.

Langelaan e.a. 2010 — M. Langelaan e.a., *Monitor zorggerelateerde Schade 2008,* Nivel en EMGO+ instituut 2010.

Leenen e.a. 2007 — H.J.J. Leenen, J.K.M. Gevers & J. Legemaate, *Handboek Gezondheidsrecht, Deel 1: Rechten van mensen in de gezondheidszorg,* Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2011.

Leenen e.a. 2008 — H.J.J. Leenen, J.C.J. Dute & W.R. Kastelein, *Handboek Gezondheidsrecht, Deel2: Gezondheidszorg en Recht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.

Legemaate 2003 — J. Legemaate, 'Commentaren - De evaluatie van de Wet BIG', *NTvG* 2003, 19, p. 893-894.

Legemaate 2009 — J. Legemaate, *Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit*, Amsterdam: VU 2009.

Legemaate 2010 — J. Legemaate (red.), *Beroepenwetgeving gezondheidszorg 2010/2011*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2010.

Legemaate 2013 — J. Legemaate, 'Heeft de opneming van zorgstandaarden in een wettelijk register gevolgen voor de juridische betekenis van die standaarden?', *TVP* 2013, nr. 2, p. 40-47.

Van Leusden, Jongerius & Hubben 2008 — B. van Leusden, P. Jongerius & J.H. Hubben, *Huisarts en tuchtrecht,* Den Haag: Sdu Uitgevers 2008.

Van Leusden, Vervest & Hubben 2005 — M.B. van Leusden, H.A.M. Vervest & J.H. Hubben, *Gynaecoloog en tuchtrecht 1992-2004,* Den Haag: Sdu Uitgevers 2005.

Van Meersbergen 2013 — D.Y.A. van Meersbergen, 'Beroepenwetgeving: in de pas met de praktijk?' *TvGR* 2013, nr. 3, p. 257-266.

Van Meersbergen 2012 — D.Y.A. van Meersbergen, 'De veranderde positie van de verpleegkundige in de Wet BIG', *TvGR* 2012, nr. 3, p. 203-217.

Meulemans 2007 — E.W.M. Meulemans, 'Medisch tuchtrecht 'revisted', *TvGR* 2007/4, p. 267.

Nationale implementatie agenda 2012 — *Nationale Implementatie Agenda (NIA) eHealth* (standpunt van de KNMG, NPCF en ZN over e-Health), 2012.

Nationale Ombudsman 2011 — *Onverantwoorde zorg UMCG Onverantwoord toezicht IGZ: Openbaar rapport over een klacht betreffende het Universitair Medisch Centrum te Groningen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg te Utrecht* (rapport van de Nationale Ombudsman), 2011, 357.

OvV Vernieuwing op drift 2009 — *Vernieuwing op drift* (onderzoek door de Onderzoeksraad voor Veiligheid naar aanleiding van berichtgeving in april 2009 over calamiteiten bij maagverkleiningsoperaties in het Scheper Ziekenhuis Emmen), Den Haag 2011.

Pollman 2004 — P. Pollman, 'Over individuele gezondheidszorg door de vertrouwensarts inzake kindermishandeling, het beroepsgeheim, verschoningsrecht en de spreekplicht', *TvGR* 2004, nr. 7, p. 523-525.

Pool e.a. 2001 — A. Pool e.a. (red.), *Met het oog op de toekomst*; *beroepscompetenties van HBO-verpleegkundigen*, Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn 2001.

Porter & Teisberg 2006 — M.E. Porter & E.O. Teisberg, *Redefining Health Care*, Boston: Harvard Business School Press 2006.

Raad Wet BIG 1994 — Raad Wet BIG, *Voorlichtingsadvies*, Publ.nr. B1/'94, Zoetermeer, 1994.

Raas 2004 — G.P.M. Raas, 'Taakherschikking : geen probleem, maar oplossing', *TvGR* 2004/2, p. 123-127.

Raas 2008 — G.P.M. Raas, 'Medische diagnose als voorbehouden handeling in de Wet BIG?' in: *Medische diagnose. Achtergrondstudies (*achtergrondstudie bij het RVZ advies 'Medische diagnose'), Zoetermeer 2005.

Raas & Lint — G. Raas & M. de Lint, 'Open discussie nodig over wenselijkheid van taakherschikking', *TvZ* 2009, nr. 2, p. 18.

Rube 2013 — A. Rube, 'Tuchtrecht in de gezondheidszorg: tijd voor verandering', *TvGR* 2013 (37), p. 246-256.

Roelink 1988 — W.R. Roelink, *Voorbehouden handelingen in de toepassing van de individuele gezondheidszorg* (achtergrondstudie Gezondheidsraad), Den Haag 1988.

Rosingh e.a. 2012 — J. Rosingh, M. van de Kemenade-van der Veur & J.G. Sijmons, 'Disfunctioneren tijdig aangepakt', *MC* 2012, 5, p. 264-266.

RVZ achtergrondstudie de rol van eHealth 2011 — *De rol van eHealth en gezondheid 2.0 in het veranderend ziekenhuislandschap*, (achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Ziekenhuislandschap 20/20), Den Haag 2011.

RVZ advies bekwaam is bevoegd 2011 — *Bekwaam is bevoegd. Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg* (advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg), Den Haag 2011.

RVZ advies juridische aspecten van taakherschikking 2002 — *Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg (*advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg), Zoetermeer 2002.

RVZ advies medische diagnose 2005 — *Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid* (advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg), Zoetermeer 2005.

RVZ advies ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg 2010 — *Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, Door slimmer werken meer kwaliteit met minder mensen* (advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg), Den Haag 2010.

RVZ advies taakherschikking in de Gezondheidszorg 2002 — *Taakherschikking in de Gezondheidszorg*, (advies door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg), Zoetermeer 2002.

RVZ advies vertrouwen in de arts 2007 — *Vertrouwen in de arts* (advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg), Den Haag 2007.

Scheltema e.a. 1990 — M. Scheltema, M. Herweijer & H.B. Winter, *Evaluatie van wetgeving. Terugblik en perspectief,* Deventer: Kluwer 1990.

Schipholt 2008 — I.L.E. Schipholt, 'Dokters willen de baas blijven', *MC* 2008, 14, p. 591-593.

Schnabel 2007 — P. Schnabel, 'De professionaliteit van de Nederlandse arts', in: *Vertrouwen in de arts* (advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), Den Haag 2007.

Schuurmans e.a. 2012 — M. Schuurmans e.d. (red.), *Beroepsprofiel verpleegkundige¸ V&V2020 Deel 3*, Utrecht 2012.

Sijmons 2007 — J.G. Sijmons, *De stimulerende middelen van de wetgever* (rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in het gezondheidsrecht aan de Universiteit Utrecht op 31 oktober 2007), Den Haag: Sdu uitgevers 2007.

Sijmons 2009 — J.G. Sijmons, 'Stelselmatige verbetering in de zorg? Enkele beschouwingen naar aanleiding van de stelselwijziging in de zorg en de rol van de zorgverzekeraar', *VerzekeringsArchief* 2009, 4, p. 153-161.

Sijmons 2010a — J.G. Sijmons, 'Goed bestuur en de organisatie van de zorginstelling', *TvGR* 2010, 8, p. 624-638.

Sijmons 2010b — J.G. Sijmons, 'Maatschappelijk ondernemen en toezicht op publieke belangen in de zorg?', *RegelMaat* 2010, 3, p. 123-136.

Sijmons 2011 — J.G. Sijmons, 'Hoe specifiek is het algemene toezicht van de IGZ?', *Tijdschrift voor Toezicht*, Den Haag: Boom Juridische Uitgevers 2011, 1, p. 66-69.

Sluijters 2001 — B. Sluijters, 'De Wet BIG tegen het licht: betere bescherming en nog wat', *TvGR* 2001, nr. 1, p. 29-36.

Sluijters 2006 — B. Sluijters, 'Koren en Kaf. Over alternatieve geneeswijzen', *TvGR* 2006, nr. 5, p. 351-357.

Sijmons 2012 — J.G. Sijmons, J.K.M. Gevers en J.H.H.M. Dorscheidt, *Recht en zorg van kwaliteit; liber amicorum J.H. Hubben*, Den Haag: Sdu uitgevers 2012.

Sorgdrager 2012 — W. Sorgdrager, *Van incident naar effectief toezicht* (onderzoek naar de afhandeling van dossiers over meldingen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg), Den Haag 2012.

Van der Steenhoven 2011 — K. van der Steenhoven, *Doorpakken! Organisatieonderzoek naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg (*advies van 19 november 2011 aan de minister van VWS), 2011.

Van Veldhuisen e.a. 2006 — D.J. van Veldhuisen & M.I. Koopmans & T. Jaarsma, 'Inzet van de 'nurse practitioner' bij de behandeling van hartpatiënten : een succesvolle vorm van taakherschikking in de gezondheidszorg', *NTvG* 2006, 46, p. 2528-2529.

Veldkamp 1995 — A.W.M Veldkamp, ´Het grote mysterie – de vertrouwensarts en het beroepsgeheim´, *TvGR* 1995, nr.2.

Vendrig 2003 — L. Vendrig, 'Professie - Forum - NIP 'specialismenregisters' en de Wet BIG - Een integrale oplossing', *De psycholoog* 2003/3, p. 146-147.

Vermeend & van Boxtel 2010 — W.A.F.G. Vermeend & R.H.L.M. van Boxtel, *Uitdagingen voor een gezonde zorg : verkenningen op het gebied van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg, kostenbeheersing, marktwerking, preventie, concurrentie, ICT en werken in de zorg, de economische waarde van zorg: de weg naar de beste zorg ter wereld*, Amsterdam: Lebowski 2010.

Voorontwerp Wet BIG 1981 — *Voorontwerp Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg*, Den Haag: Staatsuitgeverij 1981.

Waaijer 2012 — B.C.M. Waaijer, 'Het rechtsmiddel herziening in het tuchtrecht : Voort met de Kaderwet Tucht(proces-)recht voor vrije beroepen!', *WPNR* 2012/6927, p. 312-315.

Waelput 2005 — A. Waelput & I. van der Hoff, 'KNOV - Taakherschikking in de verloskunde - Ontwikkeling beroepsprofiel', *Tijdschrift voor verloskundigen* 2005/5, p. 25-28.

Van Wijmen 2006 — F.C.B. van Wijmen, 'Recht – de kwetsbare patiënt – De WGBO, de BOPZ, de WKCZ, de KZI, de Wet BIG: De afgelopen decennia is er een hele reeks wetten gekomen om de patiëntenrechten te versterken. Consistentie en duidelijkheid laten echter te wensen over. De oplossing? Terug naar twee wetten: één voor de zorgrelatie en één voor de kwaliteit van zorg.', *MC* 2006/19, p. 776-778.

Van Wijmen 2012 — F.C.B. van Wijmen, 'Naar een Wet verantwoorde zorgverlening', in: J.G. Sijmons, J.K.M. Gevers & J.H.H.M. Dorscheidt (red.), *Recht en zorg van kwaliteit (liber amicorum J.H. Hubben),* Den Haag: Sdu 2012, p. 3-15.

Winter 1996 — H.B. Winter, *Evaluatie in het wetgevingsforum,* Deventer: Kluwer 1996.

Winter 1997 — H.B. Winter, 'Evaluatie van het gezondheidsrecht: de Wet BOPZ als casus', *TvGR* 1997, p. 382-393.

Winter 2002 — H.B. Winter, *Evaluatie van wetgeving: structurering en institutionalisering van wetsevaluatie in Nederland (*preadvies voor de vereniging voor rechtsvergelijkende studie van het recht van België en Nederland), Deventer: Kluwer 2002.

Winter & Klein Haarhuis 2007 — H.B. Winter & C.M. Klein Haarhuis, 'Wetsoverstijgende wetsevaluaties', *TvGR* 2007, p. 620-626.

Bijlage 1

Samenstelling Begeleidingscommissie

voorzitter

de heer prof. dr. E. Briët

Vice-voorzitter

de heer drs. W. Geerlings

Leden

de heer prof. dr. T. van Achterberg
de heer prof. dr. T.E.D. van der Grinten
de heer prof. mr. J. Legemaate
de heer prof. dr. M.J.P.M. Verbraak
de heer drs. P. Vos

Waarnemers

mevrouw mr. M. M.A. Reith (IGZ)
mevrouw M. Wildeman, MSc (VWS)

ZonMw

mevrouw drs. M.J. Sander
de heer mr. M. Slijper

Bijlage 2

Samenstelling Commissie evaluatie regelgeving

Commissie evaluatie regelgeving

Voorzitter

de heer Rien Meijerink

Vice-voorzitter

de heer prof. dr. E. Briët

Leden

mevrouw prof. dr. I.D. de Beaufort
mevrouw mr. W.K. Bischot
de heer drs. W. Geerlings
de heer prof. dr. mr. J.K.M. Gevers
de heer prof. dr. T.E.D. van der Grinten
de heer D.C. Kaasjager, arts
de heer prof. dr. C.M.J.G. Maes
mevrouw mr. R.P. de Roode
mevrouw H.H. Witte

Waarnemer

de heer mr. R.J. Terwiel (VWS)

ZonMw

mevrouw drs. M.J. Sander
de heer mr. M. Slijper

Bijlage 3

Wettekst

Hoofdstuk 1 Begripsbepalingen

Artikel 1

1 In deze wet en de daarop berustende bepalingen worden onder handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg naast de in het tweede lid omschreven handelingen verstaan alle andere verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen -, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende diens gezondheid te bevorderen of te bewaken.

2 In deze wet en de daarop berustende bepalingen worden onder handelingen op het gebied van de geneeskunst verstaan:

a alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen -, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen;

b het bij een persoon afnemen van bloed of wegnemen van weefsel voor andere doeleinden dan die, bedoeld onder a;

c het wegnemen van weefsel bij een overledene en het verrichten van sectie.

Artikel 2

1 In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt onder Onze Minister verstaan Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

2 In de hoofdstukken VII en VIII en de daarop berustende bepalingen worden onder Onze Ministers verstaan Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Justitie.

3 In deze wet wordt onder een andere overeenkomstsluitende staat verstaan een staat, niet zijnde een lid-Staat van de Europese Economische Gemeenschap, die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of Zwitserland.

4 In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt onder register verstaan een overeenkomstig artikel 3, eerste lid, ingesteld register.

5 In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt onder erkend specialistenregister verstaan een specialistenregister ten aanzien waarvan artikel 14, eerste lid, is toegepast, dan wel een specialistenregister dat met toepassing van artikel 16 in het leven is geroepen.

Hoofdstuk II Registratie en titelbescherming

§ 1 Algemeen

Artikel 3 1 Er worden registers ingesteld, waarin degenen die aan de daarvoor bij en krachtens deze wet gestelde voorwaarden voldoen, op hun aanvrage worden ingeschreven, onderscheidenlijk als:
arts,
tandarts,
apotheker,
gezondheidszorgpsycholoog,
psychotherapeut,
fysiotherapeut,
verloskundige,
verpleegkundige.

2 Bij elke inschrijving worden in het register vermeld de naam, voornamen, geslacht, geboortedatum, nationaliteit en adres van de betrokkene en het nummer en het tijdstip van inschrijving.

3 Elk register wordt ingesteld en beheerd door Onze Minister.

4 De registers worden ingesteld ten einde te kunnen voldoen aan een verzoek om informatie als bedoeld in artikel 12 en ten behoeve van het toezicht op de uitvoering van de artikelen 4 en 17.

Artikel 4 1 Aan degenen die in een register ingeschreven staan, is het recht voorbehouden de in artikel 3, eerste lid, aan de hoedanigheid waarin zij ingeschreven worden, gegeven benaming als titel te voeren.

2 Het is degene wie het recht tot het voeren van een in deze wet geregelde titel niet toekomt op grond van het eerste lid, verboden deze titel, een daarop gelijkende benaming dan wel een op die titel betrekking hebbend onderscheidingsteken, aangegeven met toepassing van artikel 93 of daarmee in hoofdzaak overeenstemmend, te voeren.

3 Zolang een inschrijving in een register geschorst is, wordt de betrokkene gelijkgesteld met een niet-ingeschrevene.

4 Waar in deze wet of in daarop berustende bepalingen personen met een der in artikel 3, eerste lid, vermelde benamingen worden aangeduid, worden, voor zover niet anders blijkt, daaronder verstaan degenen die in het betrokken register ingeschreven staan.

Artikel 5 1 Onze minister is bevoegd op de aanvrage tot inschrijving in een register te beslissen. Onze Minister is voorts bevoegd te beslissen op de aanvraag van een verpleegkundige tot vermelding in het register van de bevoegdheid van de aanvrager de krachtens artikel 36, veertiende lid, aangewezen UR-geneesmiddelen voor te schrijven. De vermelding houdt mede in de aanduiding van de categorie van verpleegkundigen waartoe de aanvrager behoort. Onze Minister is bevoegd een vermelding als bedoeld in de vorige volzin door te halen indien de betrokken verpleegkundige niet meer voldoet aan de krachtens artikel 36, veertiende lid, onder d, gestelde eisen.

2 Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over het bedrag dat voor de behandeling van een aanvraag als bedoeld in het eerste lid moet worden betaald alsmede over de wijze van indiening van een aanvrage en de daarbij te verstrekken gegevens of bescheiden, nodig voor de beoordeling van een aanvraag als bedoeld in het eerste lid. Het in de eerste volzin bedoelde bedrag wordt zodanig bepaald dat daarmee de kosten van de behandeling van een aanvraag als bedoeld in het eerste lid worden betaald.

3 Bij algemene maatregel van bestuur kan een bedrag worden vastgesteld dat per in de maatregel aangewezen periode aan ingeschreven beroepsbeoefenaren in rekening wordt gebracht voor het ingeschreven zijn in het register. Het in de eerste volzin bedoelde bedrag wordt zodanig bepaald dat daarmee de kosten, verbonden aan het in het register ingeschreven zijn, worden gedekt.

Artikel 6 De inschrijving wordt geweigerd:

a indien de aanvrager niet voldoet aan de in hoofdstuk III bedoelde opleidingseisen;
b indien de aanvrager ingevolge in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak onder curatele is gesteld wegens geestelijke stoornis;
c indien de aanvrager ingevolge rechterlijke uitspraak ontzet is van het recht het betrokken beroep uit te oefenen;
d indien zulks voortvloeit uit een op grond van deze wet jegens de aanvrager genomen maatregel;
e indien ten aanzien van de aanvrager een maatregel, berustende op een in het buitenland gegeven rechterlijke, tuchtrechtelijke of bestuursrechtelijke beslissing, van kracht is op grond waarvan de aanvrager zijn rechten ter zake van de uitoefening van het betrokken beroep in het land waar de beslissing is gegeven tijdelijk of blijvend geheel heeft verloren.

Artikel 7 De inschrijving wordt doorgehaald:

a in geval van overlijden van de ingeschrevene;
b op verzoek van de ingeschrevene;
c indien de ingeschrevene in een der in artikel 6, onder b of c, genoemde omstandigheden is komen te verkeren;
d indien zulks voortvloeit uit een op grond van deze wet jegens de ingeschrevene genomen maatregel;
e indien zulks voortvloeit uit een maatregel, berustende op een in het buitenland gegeven rechterlijke, tuchtrechtelijke of bestuursrechtelijke beslissing op grond waarvan de ingeschrevene zijn rechten ter zake van de uitoefening van het betrokken beroep in het land waar de beslissing is gegeven tijdelijk of blijvend geheel heeft verloren.

Artikel 7a Onze Minister kan artikel 6, onderdeel e, en artikel 7, onderdeel e, buiten toepassing laten of daarvan afwijken voor zover toepassing gelet op het belang dat deze bepalingen beogen te beschermen, zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

Artikel 8 1 Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald dat de inschrijving in een bij de maatregel aangewezen register wordt doorgehaald indien na de in het tweede lid bedoelde datum een bij de maatregel aangegeven periode is verstreken.

2 De in het eerste lid bedoelde datum is de meest recente van de volgende data:

a de datum waarop de ingeschrevene een bij of krachtens hoofdstuk III of VI aangewezen getuigschrift of een in artikel 41, eerste lid, onder b, bedoelde verklaring of een erkenning van beroepskwalificaties als bedoeld in de Algemene wet erkenning EG-beroepskwalificaties heeft verkregen;

b de naar aanleiding van een aanvrage van de ingeschrevene in het register aangetekende datum voorafgaand waaraan hij in de in het eerste lid bedoelde periode overeenkomstig door Onze Minister gestelde regels met goed gevolg scholing heeft afgerond;

c de naar aanleiding van een aanvrage van de ingeschrevene in het register aangetekende datum voorafgaande waaraan de ingeschrevene op het desbetreffende gebied van de beroepsuitoefening werkzaamheden heeft verricht die wat betreft duur en spreiding over de in het eerste lid bedoelde periode voldoen aan bij algemene maatregel van bestuur te stellen regelen.

3 In afwijking van het eerste lid wordt de inschrijving van een specialist, waarvoor een regeling geldt als bedoeld in artikel 15, eerste lid, in het in het eerste lid bedoelde register niet doorgehaald zolang deze als specialist is ingeschreven in een erkend specialistenregister.

4 Op een aanvrage als bedoeld in het tweede lid, onder b of c, is artikel 5 van overeenkomstige toepassing.

5 De doorhaling blijft achterwege zolang niet is beslist op een reeds ingediende aanvrage tot aantekening van een datum als bedoeld in het tweede lid, onder b of c.

6 [Dit lid is nog niet in werking getreden.]

7 Onze Minister kan:

a eisen vaststellen waaraan de aard van de werkzaamheden, bedoeld in het tweede lid, onder c, voor de toepassing van dit artikel moeten voldoen;

b al dan niet op het gebied van de individuele gezondheidszorg liggende werkzaamheden aanwijzen die voor de toepassing van dit artikel worden gelijkgesteld met werkzaamheden op het desbetreffende gebied der beroepsuitoefening.

Artikel 9 1 In het register wordt, indien zulks voortvloeit uit een op grond van deze wet genomen maatregel of besluit, een aantekening geplaatst van:

a een gegeven bevel, inhoudende een inperking van de bevoegdheid in het register ingeschreven staande het betrokken beroep uit te oefenen;
b een aan de ingeschrevene opgelegde berisping;
c een aan de ingeschrevene opgelegde geldboete;
d de schorsing van een inschrijving;
e de voorwaarden die een ingeschrevene zijn opgelegd;
f de gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid in het register ingeschreven staande het betrokken beroep uit te oefenen;
g het eindigen van een schorsing, anders dan ten gevolge van het verstrijken van de in een maatregel vastgestelde tijdsduur;
h het niet langer gelden van de onder e bedoelde voorwaarden, anders dan ten gevolge van het verstrijken van de proeftijd, en van de onder f bedoelde ontzegging.

2 In het register wordt een aantekening geplaatst van een maatregel, berustend op een in het buitenland gegeven rechterlijke, tuchtrechtelijke of bestuursrechtelijke beslissing op grond waarvan de ingeschrevene zijn rechten terzake van de uitoefening van het betrokken beroep in het land waar de beslissing is gegeven tijdelijk of blijvend gedeeltelijk heeft verloren.

3 Bij een aantekening als bedoeld in het eerste of tweede lid wordt vermeld:

a de datum waarop van de schorsing een aantekening wordt geplaatst alsmede de duur van de schorsing, indien die reeds bekend is;
b de datum waarop het bevel, de berisping, de geldboete, de in het eerste lid bedoelde voorwaarden of de ontzegging zijn gaan gelden alsmede, ingeval de voorwaarden of de in het tweede lid bedoelde maatregel tot een proeftijd zijn beperkt, de duur daarvan dan wel
c de datum waarop de schorsing is geëindigd of vanaf welke het bevel, de in eerste lid bedoelde voorwaarden of de in het tweede lid bedoelde maatregel niet langer gelden.

4 Indien de in het tweede lid bedoelde aantekening in het register is geplaatst, geldt de in het buitenland opgelegde bevoegdheidsbeperking ook voor de beroepsuitoefening in Nederland.

5 De in het eerste lid, onderdeel b tot en met h, en de in het tweede lid bedoelde aantekening wordt gedurende een bij algemene maatregel van bestuur bepaalde termijn in het register vermeld en daarbij wordt indien bekend de aard van het vergrijp vermeld dat tot de aantekening heeft geleid.

Artikel 10 1 Iedere inschrijving, aantekening of doorhaling in een register geschiedt op grond van een daartoe strekkende gedagtekende beschikking.

2 Onze Minister zendt een afschrift van een beschikking als bedoeld in het eerste lid aan de beheerder van het register van zorgaanbieders, bedoeld in artikel 14 van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg.

Artikel 11 1 Onze Minister draagt zorg voor openbare kennisgeving van:

a hetgeen op grond van artikel 9 in het register is aangetekend en vermeld, met dien verstande dat van de aan een ingeschrevene opgelegde voorwaarden uitsluitend wordt kennisgegeven in de bij algemene maatregel van bestuur aan te geven gevallen;

b een doorhaling van de inschrijving
- ter tenuitvoerlegging van een op grond van deze wet genomen maatregel;
- op grond van artikel 7, onder c, of
- op grond van artikel 7, onder e;

c de inschrijving van een persoon ingeval op grond van onderdeel b openbaar kennis is gegeven van de doorhaling van de voorafgaande inschrijving van die persoon;

d de ontzegging, bedoeld in artikel 48, derde lid, van het recht wederom in het register te worden ingeschreven.

2 In de openbare kennisgeving worden de naam en de woonplaats van de betrokkene vermeld. De openbare kennisgeving geschiedt op bij algemene maatregel van bestuur te regelen wijze en voor de daarbij vast te stellen duur, met dien verstande dat de kennisgeving in ieder geval in de Staatscourant geschiedt.

Artikel 12 1 Aan de betrokkene wordt op diens verlangen medegedeeld wat te zijnen aanzien in het register vermeld staat.

2 Aan een ieder die zulks verlangt, wordt medegedeeld:

a of een persoon in een register ingeschreven staat;

b of ten aanzien van een ingeschrevene een bevel, inhoudende een beperking van de bevoegdheid in het register ingeschreven staande het betrokken beroep uit te oefenen, van kracht is, met, zo dit het geval is, een omschrijving van de inhoud van het bevel;

c of met betrekking tot de ingeschrevene in het register een aantekening is opgenomen inzake een berisping, met, zo dit het geval is, onder vermelding van de aard van het vergrijp dat tot de oplegging van de berisping heeft geleid;

d of met betrekking tot de ingeschrevene in het register een aantekening is opgenomen inzake een opgelegde geldboete, met, zo dit het geval is, onder vermelding van de aard van het vergrijp dat tot de oplegging van de berisping heeft geleid;

e of de inschrijving van een persoon in een register geschorst is;

f of ten aanzien van een ingeschrevene een maatregel, inhoudende een gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid in het register ingeschreven staande het betrokken beroep uit te oefenen, van kracht is, met, zo dit het geval is, een omschrijving van de inhoud van de maatregel;

g in bij algemene maatregel van bestuur aan te geven gevallen: of ten aanzien van een ingeschrevene voorwaarden zijn gesteld, met, zo dit het geval is, een omschrijving van die voorwaarden en, ingeval deze tot een proeftijd zijn beperkt, een vermelding van de duur daarvan;

h of ten aanzien van een verpleegkundige een vermelding als bedoeld in artikel 5, eerste lid, tweede volzin, van toepassing is.

3 Gedurende de periode dat daarvan op grond van artikel 11 openbaar kennis wordt gegeven, geldt een gelijke verplichting tot mededeling als bedoeld in het tweede lid ten aanzien van een in artikel 11, eerste lid, onderdeel b en d bedoelde doorhaling en ontzegging van het recht wederom in het register te worden ingeschreven.

4 De verstrekking van mededelingen, bedoeld in het tweede lid, anders dan aan bestuursorganen en daaronder ressorterende diensten, geschiedt, voor zover zij schriftelijk plaats vindt, tegen betaling van een vergoeding volgens een bij algemene maatregel van bestuur vast te stellen tarief.

Artikel 13 De in de registers opgenomen gegevens kunnen tevens worden gebruikt ten behoeve van de uitvoering van de Noodwet geneeskundigen, de Wet marktordening gezondheidszorg en de toezending van informatie, de volksgezondheid betreffende, door het Staatstoezicht op de volksgezondheid of door andere door Onze Minister aangewezen bestuursorganen aan de in registers ingeschreven personen.

§ 2 Specialismen

Artikel 14 1 Indien een organisatie van beoefenaren van een beroep als bedoeld in artikel 3, voor de inschrijving van beroepsbeoefenaren die een bijzondere deskundigheid hebben verworven met betrekking tot de uitoefening van een deelgebied van hun beroep, een specialistenregister heeft en daaraan een titel is verbonden, kan Onze Minister bepalen dat die titel als wettelijk erkende specialistentitel wordt aangemerkt. Een aanvraag daartoe wordt gedaan door het bestuur van de organisatie; het bestuur kan de bevoegdheid daartoe overdragen aan het orgaan, bedoeld in het tweede lid, onder d.

2 Een dergelijk besluit neemt Onze Minister uitsluitend indien dat wenselijk is ter bevordering van de goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg en indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- a de organisatie is, naar het oordeel van Onze Minister, voldoende representatief voor de beoefenaren van het betrokken beroep;
- b de organisatie is een vereniging met volledige rechtsbevoegdheid;
- c de organisatie stelt regels waarin in ieder geval worden vastgelegd
  - de procedure voor de besluitvorming binnen de organisatie met betrekking tot het instellen van een specialistenregister,
  - de taken en samenstelling van de verschillende organen en
  - het bedrag dat, ter dekking van de kosten, voor de behandeling van een aanvraag voor inschrijving en voor erkenning van een opleidingsinstelling, onderscheidenlijk opleider, is verschuldigd;
- d de organisatie kent een orgaan dat
  - belast is met het besluit tot instelling van een specialistenregister, en
  - regels stelt met betrekking tot de eisen die gesteld worden aan de inschrijving als specialist en aan de erkenning van opleidingsinstellingen, onderscheidenlijk opleiders, voor een specialisme;

e de organisatie kent tevens een orgaan dat is belast met
- de inschrijving van specialisten,
- de erkenning van opleidingsinstellingen, onderscheidenlijk de opleiders en
- het toezicht op de uitvoering van de regels door de erkende opleidingsinstellingen, onderscheidenlijk opleiders.

3 Een door een orgaan als bedoeld in het tweede lid, onder d, vastgestelde regeling is in overeenstemming met de bij of krachtens het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap of de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte gestelde regels en de op 21 juni 1999 te Luxemburg totstandgekomen Overeenkomst tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten, enerzijds, en de Zwitserse Bondsstaat anderzijds, over het vrije verkeer van personen (Trb. 2000, 16 en 86).

4 De regelingen, bedoeld in het tweede lid, onder c en d, behoeven de instemming van Onze Minister; de instemming kan worden onthouden wegens strijd met het recht of het algemeen belang.

5 Inschrijving in een erkend specialistenregister is niet afhankelijk van het lidmaatschap van de organisatie.

6 Inschrijving in een erkend specialistenregister is uitsluitend mogelijk voor personen die in het betrokken register zijn ingeschreven.

7 Aan een ieder die zulks verlangt wordt door de beheerder van een erkend specialistenregister meegedeeld of een persoon in het specialistenregister is ingeschreven.

8 Onze Minister kan een orgaan als bedoeld in het tweede lid, onder d, met betrekking tot de in dit artikel bedoelde taken in verband met bindende besluiten van de Europese Gemeenschap alsmede ter bevordering van de goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg aanwijzingen van algemene aard geven. Alvorens daartoe over te gaan hoort hij het betrokken orgaan. Een aanwijzing kan niet inhouden dat een specialistenregister voor een bepaald deelgebied tot stand dient te worden gebracht.

9 Onze Minister kan een op grond van het eerste lid genomen besluit intrekken indien niet meer wordt voldaan aan het bepaalde in dit artikel.

10 Het orgaan, bedoeld in het tweede lid, onder d, verstrekt desgevraagd aan Onze Minister de voor de uitoefening van zijn taak benodigde inlichtingen. Onze Minister kan inzage vorderen van zakelijke gegevens en bescheiden voor zover dat voor de vervulling van zijn taak redelijkerwijs nodig is.

11 De Kaderwet zelfstandige bestuursorganen is van toepassing op een orgaan als bedoeld in het tweede lid, onder e, voor zover dit orgaan werkzaamheden uitoefent met betrekking tot een erkend specialistenregister. In afwijking van de eerste volzin is artikel 22 van de Kaderwet

zelfstandige bestuursorganen niet van toepassing, voor zover het besluiten betreft ter zake van de inschrijving.

12 In de Staatscourant wordt mededeling gedaan van:
- a de besluiten van Onze Minister krachtens het eerste, vierde, achtste en negende lid;
- b vaststelling en wijziging van een regeling als bedoeld in het tweede lid, onder c en d.

Artikel 15 1 Een regeling als bedoeld in artikel 14, tweede lid, onder d, kan mede inhouden dat degene die de opleiding tot specialist heeft voltooid wordt ingeschreven als specialist voor een bij de regeling bepaalde periode en dat een aansluitende hernieuwde inschrijving slechts plaatsvindt indien de specialist gedurende een bij die regeling bepaald tijdvak, voorafgaand aan de indiening van de aanvraag tot hernieuwde inschrijving, regelmatig op het desbetreffende deelgebied van de beroepsuitoefening werkzaam is geweest dan wel het beroep zal uitoefenen onder de bij de hernieuwde inschrijving aan te geven scholingsvoorwaarden.

2 Indien in een regeling toepassing is gegeven aan het eerste lid kunnen in die regeling:
- a eisen worden vastgesteld waaraan de werkzaamheden, bedoeld in het eerste lid, voor de toepassing van dat lid moeten voldoen;
- b al dan niet op het gebied van de individuele gezondheidszorg liggende werkzaamheden worden aangewezen die voor de toepassing van het eerste lid worden gelijkgesteld met werkzaamheden op het desbetreffende deelgebied der beroepsuitoefening;
- c tevens eisen worden gesteld ter zake van deelname aan deskundigheidsbevorderende activiteiten gedurende de in het eerste lid bedoelde periode van werkzaam zijn.

3 Een regeling als bedoeld in het eerste lid biedt aan degene die niet opnieuw als specialist wordt ingeschreven vanwege het niet voldoen aan de daartoe gestelde eisen, de mogelijkheid wederom als specialist te worden ingeschreven zodra door het volgen van scholing, die is afgestemd op het kennis- en vaardigheidsniveau van betrokkene, opnieuw wordt voldaan aan de eisen voor zodanige inschrijving.

4 In gevallen waarin toepassing is gegeven aan artikel 14, eerste lid, is de beroepsorganisatie gehouden van elke inschrijving als specialist en van elke doorhaling van een zodanige inschrijving opgave te doen aan Onze Minister. Van elke inschrijving en van elke doorhaling van een inschrijving wordt een gedagtekende aantekening in het register geplaatst. Indien een inschrijving als specialist is doorgehaald op grond van een regeling als bedoeld in het eerste lid, vindt de in de eerste en tweede volzin bedoelde opgave, onderscheidenlijk aantekening, alleen plaats indien de desbetreffende persoon niet binnen vier weken na de doorhaling wederom als specialist is ingeschreven.

5 Onverminderd hetgeen ingevolge artikel 12, tweede lid, met betrekking tot de ingeschrevene geldt, wordt aan een ieder die zulks verlangt, medegedeeld of de betrokkene is ingeschreven als specialist.

6 Doorhaling van een inschrijving in het register of schorsing van een inschrijving in het register brengt van rechtswege mee dat de inschrijving van de betrokkene als specialist is vervallen, onderscheidenlijk dienovereenkomstig geschorst is. Van elke doorhaling of schorsing van een inschrijving in het register wordt mededeling gedaan aan de betrokken organisatie.

Artikel 16 Indien op een bepaald deelgebied van een beroep als bedoeld in artikel 3 geen erkend specialistenregister bestaat en zulks in verband met bindende besluiten van de Europese Gemeenschap wel noodzakelijk is, dan wel dat ter bevordering van de goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg gewenst is, kunnen bij algemene maatregel van bestuur ter zake regels worden gesteld. Artikel 15 is op een bij die regels in het leven geroepen specialistenregister van overeenkomstige toepassing.

Artikel 17 1 Het recht om een specialistentitel te voeren is voorbehouden aan degenen die zijn ingeschreven in het desbetreffende erkende specialistenregister.

2 Het is degene wie het recht tot het voeren van een krachtens deze wet erkende specialisten-titel niet toekomt op grond van het eerste lid, verboden deze titel of een daarop gelijkende benaming te voeren.

Hoofdstuk III Bepalingen inzake de beroepen

Afdeling 1 Beroepen waarop het stelsel van registratie en beroepstitelbescherming van toepassing is

§ 1 Artsen

Artikel 18 Om in het desbetreffende register als arts te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

Artikel 19 1 Tot het gebied van deskundigheid van de arts wordt gerekend het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst.

2 In de gevallen waarin een huisarts dan wel een arts die in die hoedanigheid in dienst is van het Ministerie van Defensie, op grond van de Geneesmiddelenwet bevoegd is geneesmiddelen ter hand te stellen, behoort het ter hand stellen mede tot het gebied van zijn deskundigheid.

§ 2 Tandartsen

Artikel 20 Om in het desbetreffende register als tandarts te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

Artikel 21 Tot het gebied van deskundigheid van de tandarts wordt gerekend het verrichten van handelingen op het gebied van de tandheelkunst.

§ 3 Apothekers

Artikel 22 Om in het desbetreffende register als apotheker te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen

Artikel 23 Tot het gebied van deskundigheid van de apotheker worden gerekend het bereiden van geneesmiddelen, het bewaren van geneesmiddelen onder de daarvoor volgens de stand van de wetenschap geschikte omstandigheden, het ter hand stellen, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder ll, van de Geneesmiddelenwet, het geven van advies aan de patiënten aan wie geneesmiddelen ter hand worden gesteld over het gebruik daarvan, het bewaken van het gebruik van de aan patiënten ter hand gestelde geneesmiddelen.

§ 4 Gezondheidszorgpsychologen

Artikel 24 Om in het desbetreffende register als gezondheidszorgpsycholoog te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

Artikel 25 Tot het gebied van deskundigheid van de gezondheidszorgpsycholoog wordt gerekend het verrichten van psychologisch onderzoek, het beoordelen van de resultaten daarvan alsmede het toepassen van bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen psychologische behandelingsmethoden ten aanzien van een persoon met het oog op diens gezondheidstoestand.

§ 5 Psychotherapeuten

Artikel 26 1 Om in het desbetreffende register als psychotherapeut te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

2 Bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat met een getuigschrift als bedoeld in het eerste lid wordt gelijkgesteld een bewijs van een krachtens artikel 14 onderscheidenlijk artikel 16 verleende erkenning als specialist op een bij de maatregel aangewezen deelgebied van de uitoefening van een beroep waarop een register betrekking heeft.

Artikel 27 Tot het gebied van deskundigheid van de psychotherapeut wordt gerekend het onderzoeken en het volgens bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen methoden beïnvloeden van stemmingen, gedragingen en houdingen van een persoon met een psychische stoornis, afwijking of klacht, teneinde deze te doen verdwijnen of te verminderen.

§ 6 Fysiotherapeuten

Artikel 28 Om in het desbetreffende register als fysiotherapeut te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

Artikel 29 1 Tot het gebied van deskundigheid van de fysiotherapeut wordt gerekend het verrichten van bij algemene maatregel van bestuur te omschrijven handelingen op het gebied van de fysiotherapie, voor zover zij liggen op het gebied van de geneeskunst.

2 Tot het gebied van deskundigheid van de fysiotherapeut wordt mede gerekend het verrichten van handelingen, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende diens gezondheidstoestand te bevorderen of te bewaken, welke overeenkomen met de krachtens het eerste lid omschreven handelingen, doch niet liggende op het gebied van de geneeskunst.

§ 7 Verloskundigen

Artikel 30 Om in het desbetreffende register als verloskundige te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

Artikel 31 Tot het gebied van deskundigheid van de verloskundige wordt gerekend het verrichten van bij algemene maatregel van bestuur te omschrijven handelingen op het gebied van de verloskunst alsmede het verrichten van bij de maatregel te omschrijven andere handelingen, een en ander met inachtneming van de beperkingen, bij de maatregel te stellen. Bij of krachtens de maatregel kunnen geneesmiddelen worden aangewezen waarvan het voorschrijven tot het deskundigheidsgebied van de verloskundige behoort en kan apparatuur worden aangewezen waarvan het gebruik tot het deskundigheidsgebied van de verloskundige behoort.

§ 8 Verpleegkundigen

Artikel 32 Om in het desbetreffende register als verpleegkundige te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen dan wel voor zover het betreft het diploma van een beroepsopleiding als bedoeld in de Wet educatie en beroepsonderwijs, voldoet aan de bij en krachtens die wet voor de afgifte van dat diploma gestelde vereisten.

Artikel 33 Tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige wordt gerekend:

a het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging;
b het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

Afdeling 2 Beroepen waarop het stelsel van opleidingstitelbescherming van toepassing is

Artikel 34 1 Bij algemene maatregel van bestuur kan ter bevordering van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg de opleiding tot een bij de maatregel aangewezen beroep worden geregeld of aangewezen.

2 Indien toepassing wordt gegeven aan het eerste lid, wordt tevens bij de maatregel het gebied van deskundigheid omschreven van personen die de krachtens het eerste lid geregelde of aangewezen opleiding hebben voltooid. Bij of krachtens de maatregel kunnen geneesmiddelen worden aangewezen waarvan het toedienen tot het deskundigheidsgebied behoort van personen, die de krachtens het eerste lid geregelde of aangewezen opleiding hebben voltooid, en kan apparatuur worden aangewezen waarvan het gebruik tot het deskundigheidsgebied behoort van personen, die de krachtens het eerste lid geregelde of aangewezen opleiding hebben voltooid.

3 Aan degenen die de krachtens het eerste lid geregelde of aangewezen opleiding tot dat beroep hebben voltooid, is het recht voorbehouden een bij algemene maatregel van bestuur aangegeven titel te voeren.

4 Het is degene wie het recht tot het voeren van een krachtens het derde lid geregelde titel niet toekomt, verboden deze titel, een daarop gelijkende benaming dan wel een op die titel betrekking hebbend onderscheidingsteken, aangegeven met toepassing van artikel 93 of daarmee in hoofdzaak overeenstemmend, te voeren.

Hoofdstuk IV Voorbehouden handelingen

Artikel 35 1 Het is degene die niet behoort tot de personen die hun bevoegdheid tot het verrichten van een handeling ontlenen aan het bepaalde bij of krachtens de artikelen 36 tot en met 37 verboden buiten noodzaak beroepsmatig die handeling te verrichten, tenzij:

a zulks geschiedt ingevolge een opdracht van een persoon die zijn bevoegdheid ontleent aan het bepaalde bij of krachtens de artikelen 36 tot en met 37 en

b hij redelijkerwijs mag aannemen dat hij beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk uitvoeren van de opdracht en

c hij, voor zover de opdrachtgever aanwijzingen heeft gegeven, heeft gehandeld overeenkomstig die aanwijzingen.

2 Met inachtneming van het bepaalde in het eerste lid is de opdrachtnemer bevoegd tot het verrichten van de in het eerste lid bedoelde handeling.

Artikel 36 1 Tot het verrichten van heelkundige handelingen - waaronder worden verstaan handelingen, liggende op het gebied van de geneeskunst, waarbij de samenhang der lichaamsweefsels wordt verstoord en deze zich niet direct herstelt - zijn bevoegd:

a de artsen,

b de tandartsen,

c de verloskundigen,

doch de onder b en c genoemde personen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

2 Tot het verrichten van verloskundige handelingen zijn bevoegd:

a de artsen,

b de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

3 Tot het verrichten van endoscopieën zijn bevoegd:

de artsen.

4 Tot het verrichten van catheterisaties zijn bevoegd:

a de artsen,

b de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

5 Tot het geven van injekties zijn bevoegd:

a de artsen,

b de tandartsen,

c de verloskundigen,

doch de onder b en c genoemde personen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

6 Tot het verrichten van punkties zijn bevoegd:

a de artsen,

b de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

7 Tot het brengen onder narcose zijn bevoegd:

a de artsen,

b de tandartsen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

8 Tot het verrichten van handelingen, op het gebied van de individuele gezondheidszorg, met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden, zijn bevoegd:

a de artsen,

b de tandartsen,

doch uitsluitend voor zover zij voldoen aan de krachtens de Kernenergiewet (Stb. 1963, 82) ter zake van het gebruiken van zodanige stoffen en toestellen gestelde eisen, alsmede, voor zover het betreft tandartsen, uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

9 Tot het verrichten van electieve cardioversie zijn bevoegd:
de artsen.

10 Tot het toepassen van defibrillatie zijn bevoegd:
de artsen.

11 Tot het toepassen van electroconvulsieve therapie zijn bevoegd:
de artsen.

12 Tot steenvergruizing voor geneeskundige doeleinden zijn bevoegd:
de artsen.

13 Tot het verrichten van handelingen ten aanzien van menselijke geslachtscellen en embryo's, gericht op het anders dan op natuurlijke wijze tot stand brengen van een zwangerschap, zijn bevoegd:
de artsen.

14 Tot het voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet zijn bevoegd:

a de artsen;
b de tandartsen;
c de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid;
d verpleegkundigen, die behoren tot een ter bevordering van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg bij ministeriële regeling aan te wijzen categorie, doch dezen uitsluitend:
   1° voor zover een onder a, b of c bedoelde beroepsbeoefenaar de diagnose heeft gesteld met betrekking tot de patiënt voor wie het geneesmiddel is bestemd,
   2° voor zover medische protocollen en standaarden ter zake van het voorschrijven van UR-geneesmiddelen worden gevolgd, en
   3° binnen de bij de regeling te stellen beperkingen ten aanzien van de reikwijdte van de in de aanhef bedoelde bevoegdheid.

15 De personen, genoemd in het eerste tot en met het veertiende lid, zijn tot het verrichten van de desbetreffende handelingen uitsluitend bevoegd voor zover zij redelijkerwijs mogen aannemen dat zij beschikken over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van die

handelingen. De personen, genoemd in het eerste tot en met het veertiende lid, die niet voldoen aan het bepaalde in de eerste volzin, worden voor de toepassing van de artikelen 35, eerste lid, onder a, 38 en 39 aangemerkt als personen die hun bevoegdheid ontlenen aan het in dit artikel bepaalde.

16 Het ontwerp van de ministeriële regeling, bedoeld in het veertiende lid, onder d, treedt niet eerder in werking dan vier weken nadat het ontwerp is overgelegd aan beide kamers der Staten-Generaal.

Artikel 36a 1 Bij algemene maatregel van bestuur kan in afwijking van artikel 36 van deze wet en van artikel 1, eerste lid, onderdeel pp, van de Geneesmiddelenwet bij wijze van experiment worden bepaald, dat voor een termijn van maximaal vijf jaar een bij de maatregel omschreven categorie van beroepsbeoefenaren, die werkzaam is op het gebied van de individuele gezondheidszorg en die met goed gevolg een bij de maatregel aangewezen opleiding met betrekking tot de aan te wijzen voorbehouden handeling heeft afgerond, wordt aangewezen als zijnde bevoegd tot het verrichten van in die maatregel aangewezen handelingen.

2 Op de in de maatregel omschreven categorie van beroepsbeoefenaren is artikel 36, vijftiende lid, van overeenkomstige toepassing.

3 Bij de maatregel kan aan de in het eerste lid omschreven categorie van beroepsbeoefenaren gedurende de in dat lid bedoelde periode het recht verleend worden een in de maatregel aan te geven titel te voeren. Gedurende deze periode is het aan anderen verboden deze titel of een daarop gelijkende benaming te voeren.

4 Met een recept als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel pp, van de Geneesmiddelenwet wordt voor de toepassing van dit artikel gelijkgesteld een document dat is opgesteld door een met naam en werkadres aangeduide beroepsbeoefenaar, die behoort tot de bij de maatregel omschreven categorie van beroepsbeoefenaren die op grond van de maatregel bevoegd is tot het voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel s, van de Geneesmiddelenwet, en waarin aan een persoon als bedoeld in artikel 61, eerste lid, onderdeel a of b, van de Geneesmiddelenwet, een voorschrift wordt gegeven om een met zijn stofnaam of merknaam aangeduid geneesmiddel in de aangegeven hoeveelheid, sterkte en wijze van gebruik ter hand te stellen aan een te identificeren patiënt en dat is ondertekend door de desbetreffende beroepsbeoefenaar dan wel, zonder te zijn ondertekend met een zodanige code is beveiligd dat een daartoe bevoegde persoon of instantie de authenticiteit ervan kan vaststellen.

5 Artikel 47 is van overeenkomstige toepassing op de bij de maatregel omschreven categorie van beroepsbeoefenaren voor wat betreft het verrichten van de in het eerste lid bedoelde aangewezen handelingen, met dien verstande dat op deze beroepsbeoefenaren slechts de maatregelen bedoeld in artikel 48, eerste lid, onderdelen a tot en met c, van toepassing zijn.

6 De voordracht voor een krachtens het eerste lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

7 Indien voor het verstrijken van de in het eerste lid bedoelde termijn een voorstel van wet tot wijziging van artikel 36 in de zin van de in het eerste lid bedoelde algemene maatregel van bestuur wordt ingediend bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal, wordt de in het eerste lid bedoelde termijn verlengd, met een maximum van vijf jaren en vervalt op
- a het moment van inwerkingtreding van de bedoelde wijzigingswet, danwel
- b het moment dat de bedoelde wijzigingswet wordt ingetrokken of verworpen door een der Kamers der Staten-Generaal.

Artikel 37 1 Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels overeenkomstig artikel 36 worden gesteld met betrekking tot bij de maatregel omschreven handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, niet vallende onder dat artikel.

2 Bij algemene maatregel van bestuur kan voorts met betrekking tot bij de maatregel omschreven handelingen, vallende onder artikel 36, wijziging worden gebracht ter zake van de in artikel 36 vervatte toekenning van bevoegdheid, alsook worden bepaald dat de artikelen 35 en 36 met betrekking tot bij de maatregel omschreven handelingen niet langer gelden.

3 Indien niet binnen zes maanden na de inwerkingtreding van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in het eerste of tweede lid bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal een wetsvoorstel is ingediend tot wijziging van artikel 36 overeenkomstig die maatregel, alsook indien zodanig voorstel wordt ingetrokken of verworpen, wordt de maatregel onverwijld ingetrokken.

Artikel 38 Het is degene die zijn bevoegdheid tot het verrichten van een bij of krachtens de artikelen 36 tot en met 37 omschreven handeling ontleent aan het bij of krachtens die artikelen bepaalde verboden aan een ander opdracht te geven tot het verrichten van die handeling, tenzij:
- a in gevallen waarin zulks redelijkerwijs nodig is aanwijzingen worden gegeven omtrent het verrichten van de handeling en toezicht door de opdrachtgever op het verrichten van de handeling en de mogelijkheid tot tussenkomst van een zodanig persoon voldoende zijn verzekerd en
- b hij redelijkerwijs mag aannemen dat degene aan wie de opdracht wordt gegeven, in aanmerking genomen het onder a bepaalde, beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van de handeling.

Artikel 39 1 Indien een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg zulks vordert, wordt bij algemene maatregel van bestuur bepaald dat tot het gebied van deskundigheid van personen, behorende tot een der in het tweede lid genoemde categorieën, wordt gerekend het verrichten van bij de maatregel aangewezen categorieën van handelingen, behorende tot de bij of krachtens de artikelen 36 en 37 omschreven categorieën van handelingen, zonder toezicht door de opdrachtgever en zonder diens tussenkomst.

2 Ingevolge het eerste lid kunnen de volgende categorieën van personen worden aangewezen:

- a categorieën van personen die in een bij het eerste lid bedoelde algemene maatregel van bestuur aangewezen register staan ingeschreven;
- b categorieën van personen die een krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding hebben voltooid;
- c categorieën van personen, behorende tot de onder a of b bedoelde categorieën van personen.

Hoofdstuk V Kwaliteit van de beroepsuitoefening

Artikel 40 1 Degene die in een register als bedoeld in artikel 3 staat ingeschreven of die een beroep uitoefent waarvan de opleiding krachtens artikel 34, eerste lid, is geregeld of aangewezen, en die zijn beroep uitoefent anders dan in het kader van een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, organiseert zijn beroepsuitoefening op zodanige wijze en voorziet zich zodanig van materieel, dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg.

2 Het uitvoeren van het eerste lid omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

3 Bij algemene maatregel van bestuur kunnen, indien het niveau van de uitoefening van de individuele gezondheidszorg dit vereist, regels worden gesteld met betrekking tot de uitvoering van het eerste en tweede lid.

4 Bij algemene maatregel van bestuur kunnen voorts, indien zulks noodzakelijk is gebleken ter bevordering van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg, voor degenen die in een register als bedoeld in artikel 3 staan ingeschreven of die een beroep uitoefenen waarvan de opleiding krachtens artikel 34, eerste lid, is geregeld of aangewezen, regels worden gesteld inhoudende:

- a een verplichting in bij de maatregel aangegeven gevallen van een door hen gegeven behandeling aan een bij de maatregel aangewezen inspecteur van de volksgezondheid opgave te doen overeenkomstig regels, bij de maatregel gesteld;
- b een verplichting om bij de maatregel aangegeven gegevens te vermelden op het recept, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder pp, van de Geneesmiddelenwet;
- c een verbod om een overeenkomst die hun bijzondere voordelen verschaft, aan te gaan met bij de maatregel aangewezen categorieën van personen;
- d eisen met betrekking tot de rechten van personen aan wie gezondheidszorg wordt verleend.

Artikel 40a 1 Degene die in een register als bedoeld in artikel 3 staat ingeschreven of die een beroep uitoefent waarvan de opleiding krachtens artikel 34, eerste lid, is geregeld of aangewezen en die zijn beroep uitoefent anders dan in het kader van een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, hanteert in voorkomende gevallen een meldcode waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe hij met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling omgaat en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden.

2 Onder huiselijk geweld wordt verstaan: huiselijk geweld als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet maatschappelijke ondersteuning.

3 Onder kindermishandeling wordt verstaan: kindermishandeling als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de jeugdzorg.

4 Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur wordt vastgesteld uit welke elementen een meldcode in ieder geval bestaat.

Hoofdstuk VI Buitenslands gediplomeerden

§ 1 Beroepen waarop het stelsel van registratie en beroepstitelbescherming van toepassing is

Artikel 41 1 In afwijking van het in artikel 6, onder a, bepaalde wordt aan een persoon die niet voldoet aan de ter zake van de genoten opleiding bij of krachtens hoofdstuk III voor inschrijving in een register gestelde eisen, inschrijving in het register deswege niet geweigerd:

- a indien hij in het buitenland een door Onze Minister aangewezen getuigschrift heeft verkregen dat geldt als bewijs van een verworven vakbekwaamheid die geacht kan worden gelijkwaardig te zijn aan de vakbekwaamheid welke uit het voldoen aan vorenbedoelde eisen mag worden afgeleid;
- b ndien Onze Minister, gelet op een door de betrokkene in het buitenland verkregen getuigschrift en op de daarnaast opgedane beroepservaring en gevolgde opleiding, hem op aanvrage een verklaring heeft afgegeven, inhoudende dat tegen zijn inschrijving in het register voor wat zijn vakbekwaamheid betreft geen bedenkingen bestaan;
- c indien hij ten aanzien van het betrokken beroep in het bezit is van een erkenning van beroepskwalificaties als bedoeld in de Algemene wet erkenning EG-beroepskwalificaties.

2 Onze Minister kan ten aanzien van een door hem krachtens het eerste lid, onder a, aangewezen getuigschrift de toepasselijkheid van deze bepaling op belanghebbenden afhankelijk stellen van de nationaliteit der betrokkenen, met dien verstande evenwel dat die bepaling ten aanzien van een aangewezen getuigschrift van een lid-Staat der Europese Economische Gemeenschap alsmede van een andere overeenkomstsluitende staat in elk geval van toepassing dient te zijn op de onderdanen van de lid-Staten van die gemeenschap.

3 Bij afgifte van een verklaring als bedoeld in het eerste lid, onder b, kan Onze Minister daarin bepalen:

- a dat de gelet op die verklaring tot stand gekomen inschrijving in het register op een in de verklaring aangegeven tijdstip zal worden doorgehaald;
- b dat de betrokkene, in het register ingeschreven staande, zijn beroep slechts zal mogen uitoefenen met inachtneming van in de verklaring omschreven beperkingen.

4 Behoudens in bijzondere gevallen kan een verklaring zonder toepassing van het derde lid slechts worden afgegeven, indien het door de betrokkene in het buitenland verkregen getuigschrift naar

het oordeel van Onze Minister kan gelden als bewijs van verworven vakbekwaamheid die de in het eerste lid, onder a, bedoelde gelijkwaardigheid bezit.

5 Onze Minister stelt voor elk daarvoor in aanmerking komend beroep een commissie van deskundigen in, die tot taak heeft hem op zijn verzoek of uit eigen beweging van advies te dienen inzake de toepassing van dit artikel en ten aanzien van het verlenen van een erkenning van beroepskwalificaties als bedoeld in de Algemene wet erkenning EG-beroepskwalificaties. Bij algemene maatregel van bestuur worden de samenstelling, taak en werkwijze van de commissie geregeld. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het afleggen van een kennis- en vaardighedentoets en het daarvoor in rekening te brengen tarief.

6 De buitenslands gediplomeerde komt de keuze, bedoeld in artikel 11, vierde lid, van de Algemene wet erkenning EG-beroepskwalificaties niet toe in de bij ministeriële regeling aangewezen gevallen.

7 Van een besluit krachtens het eerste lid, onder a, of het tweede lid, wordt mededeling gedaan in de Staatscourant.

Artikel 42 1 Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld, waarbij wordt bepaald:

- a welke gegevens of bescheiden bij de aanvrage om een verklaring als bedoeld in artikel 41, eerste lid, onder b, aan Onze Minister moeten worden verstrekt of overgelegd en op welke wijze haar indiening behoort te geschieden;
- b welke bewijsstukken omtrent de toepasselijkheid van artikel 41 aan Onze Minister moeten worden overgelegd bij de aanvrage om inschrijving in het register met toepassing van dat artikel.

2 Onverminderd het in artikel 7 bepaalde, wordt in gevallen waarin toepassing werd gegeven aan artikel 41, derde lid, onder a, de inschrijving van de betrokkene op het daarvoor geldende tijdstip doorgehaald. Een met toepassing van artikel 41 tot stand gekomen inschrijving wordt voorts doorgehaald ingeval ten aanzien van de betrokkene omstandigheden als bedoeld in artikel 7, onderdeel e inmiddels zijn ingetreden of alsnog bekend geworden.

3 Bij inschrijving van een persoon in het register met toepassing van artikel 41 wordt in het register een desbetreffende aantekening geplaatst, waarbij, ingeval Onze Minister toepassing heeft gegeven aan het derde lid van dat artikel, tevens wordt omschreven hetgeen daarbij is bepaald.

4 Van de totstandkoming van een inschrijving ten aanzien waarvan toepassing werd gegeven aan artikel 41, derde lid, wordt op bij algemene maatregel van bestuur te bepalen wijze kennisgegeven, met omschrijving van hetgeen daarbij werd bepaald. Van een krachtens het tweede lid van het onderhavige artikel verrichte doorhaling van een inschrijving wordt eveneens op bij algemene maatregel van bestuur te bepalen wijze kennisgegeven. In kennisgevingen als bedoeld in het onderhavige lid worden de naam en de woonplaats van de betrokkene vermeld.

5 Onverminderd hetgeen ingevolge artikel 12, tweede lid, met betrekking tot de ingeschrevene geldt, wordt aan een ieder die zulks verlangt, medegedeeld of een inschrijving in het register met toepassing van artikel 41 is tot stand gekomen, met, ingeval ten aanzien van de aldus tot stand gekomen inschrijving toepassing werd gegeven aan het derde lid van dat artikel, een omschrijving van hetgeen daarbij werd bepaald.

Artikel 43 1 Ten aanzien van een onderdaan van een lid-Staat der Europese Economische Gemeenschap of van een andere overeenkomstsluitende staat, die buiten Nederland in een der lid-Staten van die gemeenschap dan wel in een van de andere overeenkomstsluitende staten gevestigd is als beoefenaar van een in artikel 3 genoemd beroep en aan de in het tweede lid omschreven voorwaarden voldoet, blijven ter zake van de diensten die hij in de uitoefening van dat beroep verleent aan een persoon hier te lande, buiten toepassing:

a het in artikel 4, tweede lid, gestelde verbod, voor zover het de titel betreft, waarvan het voeren voorbehouden is aan degenen die in de op dat beroep betrekking hebbende hoedanigheid in het desbetreffende register ingeschreven staan;
b het in artikel 35, eerste lid, gestelde verbod, voor zover het handelingen betreft, waartoe de onder a bedoelde personen bevoegd zijn.

2 De in het eerste lid bedoelde voorwaarden zijn:

a de betrokkene dient in een der lid-Staten dan wel in een van de andere overeenkomstsluitende staten een op de bekwaamheid tot het uitoefenen van zijn beroep betrekking hebbend getuigschrift te hebben verkregen, dat krachtens artikel 41, eerste lid, onder a, is aangewezen;
b ten aanzien van hem geen maatregel als bedoeld in artikel 6, onderdeel e, van kracht is en voor zover zijn rechten ter zake van de uitoefening van zijn beroep in de lid-Staat onderscheidenlijk een andere overeenkomstsluitende staat waar hij gevestigd is, beperkt is op grond van een in dat land gegeven rechterlijke, tuchtrechtelijke of bestuursrechtelijke beslissing, hij zich houdt aan de in dat land opgelegde bevoegdheidsbeperking;
c de betrokkene dient aan Onze Minister te hebben gemeld dat hij als beoefenaar van het desbetreffende beroep in Nederland diensten verleent en dient de volgende bescheiden te hebben overgelegd:
    1° een bewijsstuk, niet ouder dan twaalf maanden, waaruit blijkt dat hij de desbetreffende werkzaamheden in de lid-Staat onderscheidenlijk de andere overeenkomstsluitende staat waar hij gevestigd is, wettig uitoefent;
    2° een bewijsstuk dat hij het onder a bedoelde getuigschrift heeft verkregen;
    3° een bewijs van de nationaliteit van de betrokkene.

3 In geval van een dienstverlening in Nederland, ten aanzien waarvan het eerste lid van toepassing is, is de betrokkene, indien de in dat lid, onder a, bedoelde personen aan tuchtrechtspraak overeenkomstig deze wet onderworpen zijn, ter zake van hetgeen door hem in het kader van die dienstverlening wordt verricht, eveneens aan bedoelde rechtspraak onderworpen en wordt hij ter zake van deze verrichtingen voor de toepassing van artikel 96 met die personen gelijkgesteld.

Artikel 44 1 Voor de toepassing van de artikelen 41, eerste lid, onder a, en tweede lid, en 43, tweede lid, onder a, wordt met een onderdaan van een lid-Staat der Europese Economische Gemeenschap onderscheidenlijk een andere overeenkomstsluitende staat, die in het bezit is van een krachtens eerstgenoemde bepaling aangewezen getuigschrift van een der lid-Staten van die gemeenschap onderscheidenlijk een andere overeenkomstsluitende staat, gelijkgesteld de onderdaan van een lid-Staat onderscheidenlijk een andere overeenkomstsluitende staat, die vóór een door Onze Minister vast te stellen tijdstip een op de bekwaamheid tot het uitoefenen van zijn beroep betrekking hebbend ander getuigschrift van een der lid-Staten onderscheidenlijk een andere overeenkomstsluitende staat heeft verkregen indien hij, blijkens een door een lid-Staat onderscheidenlijk een andere overeenkomstsluitende staat afgegeven verklaring, zijn beroep in de loop van een door Onze Minister aangegeven tijdvak, aan de afgifte van die verklaring voorafgaande, tenminste gedurende een door Onze Minister aangegeven aaneengesloten periode daadwerkelijk en op wettige wijze heeft uitgeoefend.

2 Onze Minister kan bepalen dat het eerste lid van overeenkomstige toepassing is ten aanzien van een onderdaan van een lid-Staat der Europese Economische Gemeenschap of van een andere overeenkomstsluitende staat, die een op de bekwaamheid tot het uitoefenen van zijn beroep betrekking hebbend ander getuigschrift van een der lid-Staten of van een andere overeenkomstsluitende staat heeft verkregen ter afsluiting van een opleiding betreffende een door Onze Minister aangewezen beroep, welke vóór het krachtens het vorige lid vastgestelde tijdstip is aangevangen en eerst nadien is voltooid.

3 De krachtens het eerste lid vast te stellen tijdstippen, tijdvakken en perioden kunnen voor onderscheidene categorieën van gevallen verschillend zijn.

§ 2 Beroepen waarop het stelsel van opleidingstitelbescherming van toepassing is

Artikel 45 1 Ten aanzien van degenen

a die in het buitenland een door Onze Minister aangewezen getuigschrift hebben verkregen dat geldt als bewijs van een verworven vakbekwaamheid die geacht kan worden gelijkwaardig te zijn aan de vakbekwaamheid welke uit het voldoen aan de desbetreffende krachtens artikel 34, eerste lid, gestelde eisen mag worden afgeleid,

b aan wie Onze Minister, gelet op een door de betrokkene in het buitenland verkregen getuigschrift en op de daarnaast opgedane beroepservaring en gevolgde opleiding, op aanvrage een verklaring heeft afgegeven, inhoudende dat hun vakbekwaamheid gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig kan worden geacht aan de vakbekwaamheid welke uit het voldoen aan de desbetreffende krachtens artikel 34, eerste lid, gestelde eisen mag worden afgeleid, of,

c aan wie Onze Minister ten aanzien van het betrokken beroep een erkenning van beroepskwalificaties als bedoeld in de Algemene wet erkenning EG-beroepskwalificaties heeft verleend, blijft het in artikel 34, vierde lid, gestelde verbod, voor zover het de titel betreft waarvan het voeren op grond van het derde lid van dat artikel voorbehouden is aan degenen die voldoen aan de desbetreffende krachtens artikel 34, eerste lid, gestelde eisen, buiten toepassing.

2 Het eerste lid is niet van toepassing voor zover ten aanzien van de betrokkene een maatregel, berustende op een in het buitenland gegeven rechterlijke, tuchtrechtelijke of bestuursrechtelijke beslissing, van kracht is, op grond waarvan hij zijn rechten ter zake van de uitoefening van het betrokken beroep in het land waar de beslissing gegeven is, geheel of gedeeltelijk, tijdelijk of blijvend, heeft verloren.

3 De artikelen 41, tweede, vijfde en zevende lid, en artikel 42, eerste lid, onder a, zijn van overeenkomstige toepassing.

4 Voor de toepassing van artikel 96, derde lid, wordt met degene die voldoet aan de krachtens artikel 34, eerste lid, gestelde eisen gelijkgesteld degene die in het bezit is van een krachtens het eerste lid, onder a, aangewezen getuigschrift of aan wie een verklaring als bedoeld in het eerste lid, onder b, is afgegeven.

§ 3 Algemene bepaling

Artikel 46 In hetgeen verder ter uitvoering van de richtlijnen der Europese Economische Gemeenschap alsmede van de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte en van de op 21 juni 1999 te Luxemburg totstandgekomen Overeenkomst tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten, enerzijds, en de Zwitserse Bondsstaat anderzijds, over het vrije verkeer van personen (Trb. 2000, 16 en 86), betreffende beoefenaren van beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg regeling behoeft, wordt voorzien door Onze Minister.

Hoofdstuk VII Tuchtrechtspraak

§ 1 Algemeen

Artikel 47 1 Degene die in een der in het tweede lid vermelde hoedanigheden in een register ingeschreven staat, is onderworpen aan tuchtrechtspraak ter zake van:

a enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten ten opzichte van:
   1° degene, met betrekking tot wiens gezondheidstoestand hij bijstand verleent of zijn bijstand is ingeroepen;
   2° degene die, in nood verkerende, bijstand met betrekking tot zijn gezondheidstoestand behoeft;
   3° de naaste betrekkingen van de onder 1° en 2° bedoelde personen;

b enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg.

2 De in het eerste lid bedoelde hoedanigheden zijn die van:
arts,
tandarts,
apotheker,
gezondheidszorgpsycholoog,

psychotherapeut,
fysiotherapeut,
verloskundige,
verpleegkundige.

3 De tuchtrechtspraak wordt in eerste aanleg uitgeoefend door regionale tuchtcolleges en in beroep door een centraal tuchtcollege.

4 In geval van schorsing of doorhaling van een inschrijving in het register blijft de betrokkene ter zake van enig in het eerste lid bedoeld handelen of nalaten gedurende de tijd dat hij ingeschreven stond, aan de tuchtrechtspraak onderworpen.

§ 2 Tuchtmaatregelen

Artikel 48 1 Het berechtende college kan ten aanzien van een aan de tuchtrechtspraak onderworpen persoon een van de volgende tuchtrechtelijke maatregelen opleggen:

a waarschuwing;
b berisping;
c geldboete van ten hoogste € 4 500;
d schorsing van de inschrijving in het register voor ten hoogste één jaar;
e gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid in het register ingeschreven staande het betrokken beroep uit te oefenen;
f doorhaling van de inschrijving in het register.

2 De maatregelen, bedoeld in het eerste lid, onder c en d, kunnen ook gezamenlijk worden opgelegd en gelden alsdan voor de toepassing van de aanhef van het eerste lid en van artikel 69, tweede lid, als één maatregel.

3 In gevallen waarin de berechting plaatsvindt met toepassing van artikel 47, vierde lid, kan, in plaats van de in het eerste lid van het onderhavige artikel, onder f, bedoelde maatregel, als maatregel worden opgelegd een ontzegging van het recht wederom in het register te worden ingeschreven.

4 Opgelegde geldboeten komen ten bate van de Staat. Bij het opleggen van een geldboete kunnen twee of meer termijnen worden vastgesteld, waarin zij moet worden voldaan.

5 De maatregelen van schorsing en van doorhaling van de inschrijving in het register worden vanwege Onze Minister ten uitvoer gelegd.

6 Schorsing van de inschrijving in het register kan voorwaardelijk worden opgelegd en wordt alsdan niet ten uitvoer gelegd dan nadat het college dat de maatregel heeft opgelegd, zulks heeft gelast op grond dat de betrokkene binnen een bij die oplegging te bepalen proeftijd van ten hoogste twee jaar een gestelde voorwaarde niet is nagekomen.

7 Een maatregel als bedoeld in het eerste lid, onder c, d of f, kan niet ten uitvoer worden gelegd zolang de beslissing waarbij hij is opgelegd, niet onherroepelijk is geworden. Een maatregel als in dat lid, onder e, of in het derde lid bedoeld, wordt eerst bij het onherroepelijk worden van de desbetreffende beslissing van kracht, tenzij het college, indien het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg zulks vordert, bij zijn beslissing heeft bepaald dat hij onmiddellijk van kracht wordt. Bij toepassing van het zesde lid gaat de in dat lid bedoelde proeftijd eerst bij het onherroepelijk worden van de desbetreffende beslissing in.

8 Bij het opleggen van de maatregel van doorhaling van de inschrijving kan het college tevens, indien het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg zulks vordert, bij wijze van voorlopige voorziening, schorsing van de inschrijving opleggen. Deze voorziening wordt terstond van kracht en wordt vanwege Onze Minister onverwijld ten uitvoer gelegd; de inschrijving blijft geschorst totdat de beslissing tot doorhaling van de inschrijving onherroepelijk is geworden dan wel in beroep is vernietigd.

9 Een tot schorsing strekkende maatregel of voorlopige voorziening wordt ten uitvoer gelegd door het plaatsen van een aantekening van de schorsing in het register overeenkomstig het bepaalde in artikel 9.

Artikel 49 1 Degene aan wie een boete als bedoeld in artikel 48, eerste lid, onder c, is opgelegd, wordt door een door Onze Minister aan te wijzen ambtenaar bij gedagtekende brief uitgenodigd de verschuldigde geldboete binnen de gestelde termijn dan wel met inachtneming van de gestelde termijnen te betalen.

2 Indien de schuldenaar niet binnen de gestelde termijn betaalt, maant de ambtenaar hem schriftelijk aan om alsnog binnen tien dagen na dagtekening van de aanmaning te betalen.

3 Indien de schuldenaar na de aanmaning in gebreke blijft, kan de invordering van de verschuldigde geldboete en de aanmaningskosten geschieden bij een door de ambtenaar uit te vaardigen dwangbevel.

4 De betekening en de tenuitvoerlegging van een dwangbevel geschieden door de zorg van de ontvanger, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onderdeel i, van de Invorderingswet 1990 en door de belastingdeurwaarder, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder j, van die wet met toepassing van de artikelen 13 en 14 van die wet.

5 Zolang de ontvanger met de zorg voor de invordering is belast, kan hij een vordering doen op grond van artikel 19 van de Invorderingswet 1990 alsmede verrekenen op grond van artikel 24 van die wet.

6 De ontvanger kan zolang hij met de zorg voor de invordering is belast onder door hem te stellen voorwaarden aan een schuldenaar voor een bepaalde tijd schriftelijk uitstel van betaling verlenen. Gedurende het uitstel wordt de dwanginvordering geschorst. Het uitstel kan tussentijds schriftelijk worden beëindigd.

7 Met betrekking tot het verzet tegen de tenuitvoerlegging van een dwangbevel is artikel 17 van de Invorderingswet 1990 van overeenkomstige toepassing met dien verstande dat in dat artikel voor "de ontvanger die het dwangbevel heeft uitgevaardigd" telkens moet worden gelezen: de met de tenuitvoerlegging van het dwangbevel belaste ontvanger.

8 De kosten van aanmaning en van verdere vervolging worden berekend op de voet van de Kostenwet invordering rijksbelastingen (Stb. 1969, 83). De artikelen 6 en 7 van de Invorderingswet 1990 zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 50 1 In gevallen waarin een der in artikel 48, eerste lid, onder e en f, en derde lid, omschreven maatregelen is opgelegd, kan, zo bijzondere omstandigheden zulks wettigen, bij koninklijk besluit worden bepaald dat de betrokkene in de hem ontzegde bevoegdheid wordt hersteld, onderscheidenlijk dat hij, tenzij een buiten de opgelegde maatregel staande weigeringsgrond aanwezig blijkt, wederom in het register zal kunnen worden ingeschreven.

2 In een besluit krachtens het eerste lid kunnen, al dan niet met een beperking tot een in dat besluit te bepalen proeftijd, voorwaarden worden gesteld, door de betrokkene, in het register ingeschreven staande, in acht te nemen. Indien blijkt dat de betrokkene zich schuldig heeft gemaakt aan niet-naleving van een gestelde voorwaarde, kan, onder intrekking van dat besluit, bij koninklijk besluit worden bepaald dat de opgelegde maatregel opnieuw van kracht wordt. In een besluit krachtens het eerste lid, dat aan betrokkene het recht verleent wederom in het register te worden ingeschreven, kan ook worden bepaald dat dit recht eerst zal ingaan zodra de betrokkene aan vooraf te vervullen bijzondere voorwaarden, in dat besluit omschreven, zal hebben voldaan.

3 De voordracht tot een besluit krachtens het eerste of tweede lid, tweede volzin, wordt gedaan door Onze Ministers. Alvorens zodanige voordracht wordt gedaan, wint Onze Minister het advies in van het tuchtcollege dat de maatregel heeft opgelegd.

4 Indien toepassing wordt gegeven aan het eerste lid, wordt de bevoegdheid van een verpleegkundige als bedoeld in artikel 5, eerste lid, tweede volzin, wederom in het register vermeld.

Artikel 51 Niemand kan andermaal ingevolge de bepalingen van dit hoofdstuk worden berecht ter zake van enig in artikel 47, eerste lid, bedoeld handelen of nalaten waaromtrent te zijnen aanzien een onherroepelijk geworden tuchtrechtelijke eindbeslissing is genomen.

Artikel 52 Herziening van een onherroepelijk geworden tuchtrechtelijke eindbeslissing waarbij een in artikel 48, eerste of derde lid, omschreven maatregel werd opgelegd, is mogelijk, wanneer naderhand omstandigheden zijn gebleken die naar ernstig vermoeden tot een afwijkende beslissing zouden hebben geleid, indien zij tijdig bekend waren geworden. Bij algemene maatregel van bestuur worden hieromtrent nadere regels gesteld. De herziening zal niet kunnen leiden tot een wijziging in hetgeen voorheen was beslist, ten nadele van de betrokkene.

§ 3 De tuchtcolleges

Artikel 53 1 Bij algemene maatregel van bestuur wordt het land in gebieden ingedeeld, waarvan elk het ambtsgebied van een regionaal tuchtcollege uitmaakt. Bij de maatregel wordt tevens voor elk der regionale tuchtcolleges de plaats van vestiging binnen zijn ambtsgebied aangewezen.

2 Het centrale tuchtcollege is gevestigd te 's-Gravenhage.

Artikel 54 1 Bevoegd tot het behandelen van een zaak in eerste aanleg is het regionale tuchtcollege binnen welks ambtsgebied de te berechten persoon zijn woonplaats heeft.

2 Welk regionaal tuchtcollege bevoegd is in gevallen waarin de betrokkene geen bekende woonplaats hier te lande heeft, wordt bij algemene maatregel van bestuur bepaald.

Artikel 55 1 Een regionaal tuchtcollege telt twee rechtsgeleerde leden van wie één tevens voorzitter is, alsmede, voor elk van de in artikel 47, tweede lid, aangegeven categorieën van aan tuchtrechtspraak onderworpen personen, drie leden-beroepsgenoten. Van het college maken mede deel uit plaatsvervangende rechtsgeleerde leden, benevens voor elk van de in de eerste volzin bedoelde categorieën, plaatsvervangende leden-beroepsgenoten.

2 Aan de behandeling van een zaak wordt deelgenomen door de voorzitter, door het andere rechtsgeleerde lid en door de drie leden-beroepsgenoten, benoemd voor de categorie waartoe degene over wie is geklaagd, behoort, een en ander met de mogelijkheid van plaatsvervanging. In afwijking van het bepaalde in de eerste volzin kan de voorzitter bepalen dat aan de behandeling van een zaak die hem daartoe geschikt voorkomt, wordt deelgenomen door de voorzitter en door twee leden-beroepsgenoten, benoemd voor de categorie waartoe degene over wie is geklaagd, behoort, een en ander met de mogelijkheid van plaatsvervanging. Indien de zaak naar het oordeel van een van deze leden ongeschikt is voor behandeling overeenkomstig het bepaalde in de tweede volzin, wordt de behandeling voortgezet met toepassing van de eerste volzin.

3 De voorzitter en zijn plaatsvervanger of zijn plaatsvervangers worden bij koninklijk besluit op voordracht van Onze Ministers voor het leven benoemd. Op hun verzoek wordt hun bij koninklijk besluit tussentijds ontslag verleend. Hun wordt in ieder geval ontslag verleend met het bereiken van de zeventigjarige leeftijd. Artikel 48, eerste lid, van de Wet op de rechterlijke organisatie is te hunnen aanzien van overeenkomstige toepassing.

4 De overige leden en plaatsvervangende leden worden bij koninklijk besluit op voordracht van Onze Minister voor de tijd van zes jaar benoemd. Zij zijn herbenoembaar. Op hun verzoek wordt hun bij koninklijk besluit tussentijds ontslag verleend. Hun wordt in ieder geval ontslag verleend met het bereiken van de zeventigjarige leeftijd. Artikel 48, eerste lid, van de Wet op de rechterlijke organisatie is ten aanzien van de in de eerste volzin bedoelde personen, voor zover zij rechtsgeleerden zijn, van overeenkomstige toepassing. De leden-beroepsgenoten en de plaatsvervangende leden-beroepsgenoten worden benoemd uit personen die ingeschreven staan in het desbetreffende register.

5 Het college heeft een secretaris en één of meer plaatsvervangende secretarissen, allen rechtsgeleerden. Zij worden bij koninklijk besluit op voordracht van Onze Ministers benoemd, geschorst en ontslagen.

Artikel 56 1 Het centrale tuchtcollege telt drie rechtsgeleerde leden van wie één tevens voorzitter is, alsmede, voor elk van de in artikel 47, tweede lid, aangegeven categorieën van aan tuchtrechtspraak onderworpen personen, twee leden-beroepsgenoten. Van het college maken mede deel uit plaatsvervangende rechtsgeleerde leden, benevens voor elk van de in de eerste volzin bedoelde categorieën, plaatsvervangende leden-beroepsgenoten.

2 Aan de behandeling van een zaak wordt deelgenomen door de voorzitter, door de twee andere rechtsgeleerde leden en door de twee leden-beroepsgenoten, benoemd voor de categorie waartoe degene over wie is geklaagd, behoort, een en ander met de mogelijkheid van plaatsvervanging.

3 Ten aanzien van de benoeming en het ontslag van de voorzitter en zijn plaatsvervanger of zijn plaatsvervangers en van de overige leden en plaatsvervangende leden is artikel 55, derde onderscheidenlijk vierde lid, van overeenkomstige toepassing.

4 Artikel 55, vijfde lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 57 1 De voorzitter van een tuchtcollege kan ten aanzien van twee of meer met elkaar samenhangende zaken bepalen dat zij door het college ter terechtzitting gezamenlijk worden behandeld.

2 Ingeval in deze zaken degenen over wie is geklaagd, tot verschillende in artikel 47, tweede lid, aangegeven categorieën behoren, wordt aan het onderzoek ter terechtzitting door het ingevolge artikel 55, tweede lid, onderscheidenlijk artikel 56, tweede lid, vereiste aantal leden-beroepsgenoten of plaatsvervangende leden-beroepsgenoten van elk van de betrokken categorieën deelgenomen.

3 Ingeval is geklaagd over een arts ter zake van verrichtingen op het gebied van de uitoefening der artsenijbereidkunst, wordt in het tuchtcollege ten minste één der plaatsen, bij artikel 55, tweede lid, onderscheidenlijk artikel 56, tweede lid, toegewezen aan leden-beroepsgenoten, vervuld door een lid-beroepsgenoot of plaatsvervangend lid-beroepsgenoot, die op grond van artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet mede bevoegd is geneesmiddelen ter hand te stellen.

Artikel 58 [Vervallen per 03-11-1995]

Artikel 59 1 Doorhaling van zijn inschrijving in het desbetreffende register, schorsing van die inschrijving ingevolge toepassing van artikel 48, eerste lid, onder d, alsook het onherroepelijk worden van een beslissing waarbij te zijnen aanzien een van de maatregelen, bedoeld in de artikelen 48, eerste lid, onder e, en 80, eerste lid, onder a en b, is opgelegd, heeft voor een lid-beroepsgenoot of plaatsvervangend lid-beroepsgenoot van een regionaal tuchtcollege of van het centrale tuchtcollege tot gevolg dat zijn functie bij dat college van rechtswege een einde neemt.

2 Een nog niet onherroepelijk geworden beslissing tot oplegging te zijnen aanzien van een van de in artikel 48, eerste lid, onder e en f, bedoelde maatregelen heeft, indien zij is gegeven met toepassing van het aan het slot van de tweede volzin van het zevende lid of het in het achtste lid van dat artikel bepaalde, voor een lid-beroepsgenoot of plaatsvervangend lid-beroepsgenoot van een regionaal tuchtcollege of van het centrale tuchtcollege tot gevolg dat hij in zijn functie bij dat college van rechtswege is geschorst.

3 Een nog niet onherroepelijk geworden beslissing tot oplegging te zijnen aanzien van een van de in artikel 80, eerste lid, bedoelde maatregelen heeft, indien zij is gegeven met toepassing van het aan het slot van het derde lid of het in het vijfde lid van dat artikel bepaalde, voor een lid-beroepsgenoot of plaatsvervangend lid-beroepsgenoot van een regionaal tuchtcollege of van het centrale tuchtcollege tot gevolg dat hij in zijn functie bij dat college van rechtswege is geschorst.

Artikel 60 Het in de artikelen 46c, tweede en derde lid, 46d, tweede lid, 46f, 46i, met uitzondering van het eerste lid, onderdeel c, 46j, 46l, eerste lid, aanhef en onderdelen a en c, en derde lid, 46m, 46o en 46p van de Wet rechtspositie rechterlijke ambtenaren bepaalde is van overeenkomstige toepassing ten aanzien van de leden en de plaatsvervangende leden van de regionale tuchtcolleges en van het centrale tuchtcollege, met dien verstande dat de in het vijfde lid van artikel 46p bedoelde mededeling te hunnen aanzien eveneens wordt gedaan aan Onze Minister.
De artikelen 13a, 13b, uitgezonderd het eerste lid, onderdelen b en c, en vierde lid, en 13c tot en met 13g van de Wet op de rechterlijke organisatie zijn van overeenkomstige toepassing ten aanzien van gedragingen van deze leden en plaatsvervangende leden, met dien verstande dat:

a voor de overeenkomstige toepassing van die artikelen onder «het betrokken gerechtsbestuur» wordt verstaan: de voorzitter van het regionaal tuchtcollege onderscheidenlijk centrale tuchtcollege; en
b de procureur-generaal niet verplicht is aan het verzoek, bedoeld in artikel 13a, te voldoen, indien de verzoeker redelijkerwijs onvoldoende belang heeft bij een onderzoek als bedoeld in datzelfde artikel.

Artikel 61 De leden, plaatsvervangende leden, secretarissen en plaatsvervangende secretarissen van de tuchtcolleges is het verboden zich over een zaak die bij hun college aanhangig is of naar zij weten of vermoeden zal worden, in te laten in enig onderhoud met belanghebbenden of van dezen enige bijzondere inlichting of schriftuur dienaangaande aan te nemen.

Artikel 62 1 De leden, de plaatsvervangende leden, de secretarissen en de plaatsvervangende secretarissen van de tuchtcolleges ontvangen een vacatiegeld, alsmede vergoeding van reis- en verblijfkosten en van verdere verschotten, een en ander overeenkomstig door Onze Minister te stellen regels.

2 In de daarvoor in aanmerking komende gevallen kan bij koninklijk besluit, in afwijking van het eerste lid, aan de voorzitter, een ander lid of plaatsvervangend lid dat met toepassing van artikel 66, eerste lid, tweede volzin, vooronderzoek verricht, of de secretaris van een tuchtcollege een salaris worden toegekend op een bij dat besluit te bepalen voet. In dat geval geniet de betrokkene bovendien een tijdelijke toelage voor kinderen, een vakantieuitkering, een ziektekostenvergoeding, een vergoeding van reis- en verblijfkosten, een vergoeding van

verplaatsingskosten, alsmede een spaarpremie, overeenkomstig de bepalingen welke te dien aanzien voor de burgerlijke rijksambtenaren bij de ministeries zijn of zullen worden vastgesteld.

Artikel 63 Een lid van een tuchtcollege, dat voor de behandeling van een zaak zitting heeft in dat college, kan zich verschonen en kan worden gewraakt, indien er te zijnen aanzien feiten of omstandigheden bestaan, waardoor de rechterlijke onpartijdigheid schade zou kunnen lijden. De artikelen 512 tot en met 524 van het Wetboek van Strafvordering zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 64 1 Het centrale tuchtcollege waakt tegen nodeloze vertraging in de behandeling van zaken door de regionale tuchtcolleges.

2 Het centrale tuchtcollege kan zich de stukken, betrekking hebbende op een bij een regionaal tuchtcollege aanhangige zaak, doen overleggen en een termijn stellen, waarbinnen het regionale tuchtcollege het vooronderzoek dan wel het onderzoek op de terechtzitting moet sluiten.

3 Indien het regionale tuchtcollege hieraan niet voldoet, kan het centrale tuchtcollege de behandeling van de zaak aan een ander regionaal tuchtcollege overdragen.

§ 4 Procedure in eerste aanleg

Artikel 65 1 Een zaak wordt in eerste aanleg bij het bevoegde regionale tuchtcollege aanhangig gemaakt door een schriftelijke klacht van:

- a een rechtstreeks belanghebbende;
- b degene die aan degene over wie wordt geklaagd, een opdracht heeft verstrekt;
- c degene bij wie of het bestuur van een instelling waarbij degene over wie wordt geklaagd, werkzaam of voor het verlenen van individuele gezondheidszorg ingeschreven is;
- d de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem toevertrouwde belangen aangaat.

2 De inhoud van het klaagschrift moet voldoen aan de daaromtrent bij algemene maatregel van bestuur te stellen eisen.

3 Degene die het vooronderzoek verricht kan, indien de zaak hem daartoe geschikt voorkomt, bij het horen van de klager en degene over wie is geklaagd, een minnelijke oplossing beproeven.

4 Indien een minnelijke oplossing mogelijk blijkt, wordt deze op schrift gesteld en door de klager en degene over wie is geklaagd, ondertekend. Met een aldus vastgestelde minnelijke oplossing geeft de klager te kennen zijn klacht in te trekken.

5 De bevoegdheid tot het indienen van een klaagschrift vervalt door verjaring in tien jaren. De termijn van verjaring vangt aan op de dag na die waarop het desbetreffende handelen of nalaten is geschied.

6 Indien naar zijn oordeel de behandeling van de zaak door het tuchtcollege geen uitstel gedoogt zonder groot nadeel voor het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg, verzoekt de in het eerste lid, onder d, bedoelde inspecteur het tuchtcollege de zaak met spoed te behandelen.

7 Nadat een klaagschrift is ingediend, zendt de voorzitter van het college een afschrift daarvan aan degene over wie is geklaagd.

8 De hoofdinspecteur of de regionale inspecteur is verplicht ter zake van door hem ingediende klaagschriften aan de ambtenaren van het openbaar ministerie de door hen gevraagde inlichtingen te verstrekken. De hoofdinspecteur of de regionale inspecteur kan de in de eerste volzin bedoelde ambtenaren ook uit eigen beweging ter zake inlichten.

9 De klager en degene over wie is geklaagd, kunnen zich doen vertegenwoordigen door een gemachtigde en zich doen bijstaan door een raadsman. De gemachtigde moet, desgevraagd, zijn bevoegdheid aantonen door het overleggen van een schriftelijke volmacht. Advocaten, als gemachtigden optredende, zijn tot deze overlegging niet gehouden. De voorzitter van het regionale tuchtcollege kan slechts weigeren een persoon die geen advocaat is als gemachtigde of als raadsman toe te laten, indien er duidelijke aanwijzingen zijn dat door de toelating van die persoon een behoorlijke uitoefening van de rechtspraak zal worden belemmerd. De weigering wordt door de voorzitter schriftelijk gemotiveerd.

10 In geval van intrekking van de klacht wordt de behandeling daarvan gestaakt, tenzij degene over wie is geklaagd, schriftelijk heeft verklaard voortzetting van de behandeling te verlangen, het tuchtcollege heeft beslist dat de behandeling van de klacht om redenen, aan het algemeen belang ontleend, moet worden voortgezet of het tuchtcollege het onderzoek van de zaak op de terechtzitting reeds heeft beëindigd.

11 Indien degene over wie is geklaagd, overlijdt, wordt de behandeling van de klacht gestaakt.

Artikel 66 1 Na verzending van het afschrift, bedoeld in artikel 65, zevende lid, gelast de voorzitter van het regionale tuchtcollege een vooronderzoek. De voorzitter draagt het vooronderzoek op aan een of meer leden of plaatsvervangende leden of aan de secretaris of plaatsvervangend secretaris van het regionale tuchtcollege.

2 Het vooronderzoek kan zich mede uitstrekken tot andere dan in het klaagschrift vermelde feiten en omstandigheden. Degene die door de voorzitter op grond van het eerste lid is aangewezen om het vooronderzoek te verrichten stelt de klager en degene over wie is geklaagd, in de gelegenheid door hem te worden gehoord. Hij kan de betrokken hoofdinspecteur of regionale inspecteur, alsmede getuigen en deskundigen horen; ten aanzien van de getuigen en deskundigen is artikel 68 van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de oproeping, het verzoek tot dagvaarding en het doen afleggen van de eed of belofte geschieden door degene die het vooronderzoek verricht.

3 Bij de vervulling van de hem op grond van het eerste en het tweede lid toekomende taak is degene die het vooronderzoek verricht bevoegd, vergezeld van de door hem aangewezen personen, elke plaats te betreden teneinde een onderzoek te verrichten waarvan het uitvoeren ter betrokken plaatse door hem noodzakelijk wordt geoordeeld. Ingeval tijdens zodanig onderzoek de orde wordt verstoord of hem tegenstand wordt geboden, kan degene die het vooronderzoek verricht de hulp van de sterke arm inroepen. De voorzitter van het regionale tuchtcollege is bevoegd een machtiging als bedoeld in artikel 2 van de Algemene wet op het binnentreden te geven.

4 Indien tijdens het vooronderzoek blijkt dat de klacht afkomstig is van een tot klagen niet bevoegde, dat het klaagschrift niet voldoet aan de krachtens artikel 65, tweede lid, gestelde eisen, dat de klacht kennelijk ongegrond is of dat de klacht van onvoldoende gewicht is, kan het college op voorstel van degene die het vooronderzoek heeft verricht, zonder verder onderzoek, in raadkamer, een eindbeslissing geven, welke in het eerste en tweede geval tot het niet-ontvankelijk verklaren van klager en in het derde en vierde geval tot het afwijzen van de klacht strekt. De eindbeslissing is met redenen omkleed en wordt op schrift gesteld.

5 Indien geen toepassing is gegeven aan het vierde lid, wordt het vooronderzoek gesloten met verwijzing naar een terechtzitting.

6 Tijdens de behandeling van een zaak op de terechtzitting kan het regionale tuchtcollege degene die het vooronderzoek heeft verricht opdragen alsnog een aanvullend onderzoek in te stellen. Het tweede en derde lid zijn te dezen van overeenkomstige toepassing. Het aanvullend onderzoek wordt gesloten door de zaak wederom naar een terechtzitting te verwijzen.

7 Een lid of plaatsvervangend lid van het tuchtcollege, dat met toepassing van het eerste lid, tweede volzin, een vooronderzoek in een zaak heeft verricht, neemt, op straffe van nietigheid, geen deel aan de behandeling van die zaak op de terechtzitting.

Artikel 67 1 De klager en degene over wie is geklaagd, worden in de gelegenheid gesteld de behandeling van de zaak op de terechtzitting bij te wonen en tijdens de behandeling te worden gehoord.

2 De klager en degene over wie is geklaagd, worden gedurende een termijn van tenminste zes dagen in de gelegenheid gesteld van de processtukken kennis te nemen. De laatste dag van de in de eerste volzin genoemde termijn ligt tenminste acht dagen vóór de aanvang van het onderzoek op de terechtzitting.

3 Indien dit noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van derden, bepaalt de voorzitter van het tuchtcollege dat het kennisnemen van bepaalde processtukken of gedeelten ervan niet wordt toegestaan aan de klager persoonlijk, maar uitsluitend aan een gemachtigde, die arts of advocaat is, dan wel van de voorzitter bijzondere toestemming heeft verkregen.

Artikel 68 1 Het regionale tuchtcollege kan getuigen en deskundigen ter terechtzitting oproepen en horen. Ieder die als getuige of deskundige is opgeroepen, is verplicht aan de oproeping gevolg te geven.

2 De klager en degene over wie is geklaagd, kunnen getuigen en deskundigen ter terechtzitting uitnodigen of bij deurwaardersexploit oproepen; in geval van oproeping gelden voor hen dezelfde verplichtingen als voor getuigen en deskundigen, opgeroepen door het tuchtcollege.

3 Verschijnt een getuige of een deskundige op de oproeping niet, dan doet de officier van justitie op verzoek van het college hem dagvaarden, desverzocht met bevel tot medebrenging. Artikel 556 van het Wetboek van Strafvordering (Stb. 1925, 343), de tweede volzin van het eerste lid en de tweede volzin van het vierde lid zijn van overeenkomstige toepassing.

4 De voorzitter van het college doet de getuigen de eed of belofte afleggen dat zij de gehele waarheid en niets dan de waarheid zullen zeggen. De getuigen en deskundigen zijn verplicht op de gestelde vragen te antwoorden, onderscheidenlijk de van hen gevorderde diensten te verlenen. De deskundigen zijn gehouden hun taak onpartijdig en naar beste weten te verrichten.

5 Ten aanzien van de getuigen en deskundigen zijn de artikelen 217 tot en met 219 van het Wetboek van Strafvordering van overeenkomstige toepassing.

6 De getuigen en deskundigen, opgeroepen door het tuchtcollege, ontvangen, desverkiezende op vertoon van hun oproeping of dagvaarding, uit 's Rijks kas schadeloosstelling, door de voorzitter van het college te begroten overeenkomstig het bij of krachtens de Wet griffierechten burgerlijke zaken (Stb. 1843, 41) bepaalde. De voorzitter begroot op overeenkomstige wijze de schadeloosstelling voor getuigen en deskundigen, opgeroepen of uitgenodigd ingevolge het tweede lid, welke ten laste komt van degene door wie zij zijn opgeroepen of uitgenodigd. Deurwaarders ontvangen voor de werkzaamheden verricht ingevolge het tweede lid, van hun opdrachtgever een vergoeding overeenkomstig de bepalingen van het tarief van justitie-kosten en salarissen in burgerlijke zaken.

Artikel 69 1 Binnen twee maanden na sluiting van het onderzoek op de terechtzitting wordt de eindbeslissing van het regionale tuchtcollege uitgesproken.

2 Een in het eerste lid bedoelde beslissing strekt hetzij tot het niet-ontvankelijk verklaren van de klager, hetzij tot het afwijzen van de klacht, hetzij tot het opleggen van een der in artikel 48, eerste en derde lid, omschreven maatregelen.

3 De beslissing is met redenen omkleed en wordt op schrift gesteld.

Artikel 70 1 Het regionale tuchtcollege behandelt de zaak in een openbare terechtzitting. Het college kan evenwel om gewichtige redenen bepalen dat de behandeling geheel of gedeeltelijk met gesloten deuren zal plaatsvinden.

2 Een beslissing, strekkende tot het opleggen van een der in artikel 48, eerste en derde lid, omschreven maatregelen, wordt in het openbaar uitgesproken. Ten aanzien van een beslissing van een andere dan in de eerste volzin aangegeven strekking kan het college om redenen, aan het algemeen belang ontleend, bepalen dat zij in het openbaar wordt uitgesproken, met dien verstande dat zodanige beslissing in elk geval in het openbaar wordt uitgesproken indien de zaak in een openbare terechtzitting is behandeld.

3 Bij de openbare uitspraak van een beslissing worden de naam, de voornamen, de hoedanigheid en de woonplaats van de bij de zaak betrokken patiënt, van de klager en van de getuigen weggelaten.

4 Tijd en plaats van een openbare terechtzitting of openbare uitspraak worden overeenkomstig bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels bekend gemaakt.

Artikel 71 Het regionale tuchtcollege kan om redenen, aan het algemeen belang ontleend, bepalen dat zijn eindbeslissing geheel of gedeeltelijk in de Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan door hem aangewezen tijdschriften of nieuwsbladen ter bekendmaking zal worden aangeboden, een en ander met weglating van de namen, voornamen en woonplaatsen van de in de beslissing genoemde personen alsmede van de daarin voorkomende andere gegevens die omtrent deze personen een aanwijzing bevatten.

Artikel 72 1 Van de eindbeslissing van het regionale tuchtcollege wordt, binnen een week na de uitspraak daarvan, een afschrift gezonden aan:

- a de klager;
- b degene over wie is geklaagd;
- c de hoofdinspecteur en de regionale inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat;
- d de secretaris van het centrale tuchtcollege;
- e Onze Minister van Defensie, ingeval de beslissing betrekking heeft op een persoon die militair is.

2 Van een eindbeslissing waarbij een der in artikel 48, eerste lid, onder d, e en f, en derde lid, omschreven maatregelen is opgelegd, wordt voorts binnen een week na de uitspraak daarvan een afschrift gezonden aan Onze Minister.

§ 5 Procedure in beroep

Artikel 73 1 Tegen een eindbeslissing van het regionale tuchtcollege kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift van die beslissing bij het centrale tuchtcollege beroep worden ingesteld door:

- a de klager, voor zover zijn klacht is afgewezen, of voor zover hij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b degene over wie is geklaagd;
- c de in artikel 65, eerste lid, onder d, bedoelde hoofdinspecteur en regionale inspecteur.

2 Het beroep wordt schriftelijk ingesteld. De inhoud van het beroepschrift moet voldoen aan de daaromtrent bij algemene maatregel van bestuur te stellen eisen.

3 Wanneer het beroepschrift na afloop van de termijn, bedoeld in het eerste lid, is ingediend, blijft niet-ontvankelijkverklaring op grond daarvan achterwege, indien de indiener aantoont dat hij het beroep heeft ingesteld zo spoedig als dit redelijkerwijs verlangd kon worden.

4 Het centrale tuchtcollege kan degene die beroep heeft ingesteld niet-ontvankelijk verklaren, het beroep verwerpen of het beroep gegrond verklaren.

5 Indien het centrale tuchtcollege het beroep gegrond verklaart dan wel bij de behandeling van het beroep op andere dan de in het beroepschrift aangevoerde gronden tot het oordeel komt dat de in eerste aanleg gegeven beslissing niet kan worden gehandhaafd, vernietigt het deze beslissing en doet de zaak alsdan zelf af.

6 Indien tegen de eindbeslissing van het regionale tuchtcollege door twee of meer personen beroep is ingesteld en tenminste twee van hen ontvankelijk zijn, worden deze beroepen gezamenlijk behandeld.

7 Artikel 65, achtste tot en met elfde lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 74 1 Indien een beroepschrift afkomstig is van een persoon die niet bevoegd is tot het instellen van beroep, niet tijdig is ingediend of niet voldoet aan de krachtens artikel 73, tweede lid, gestelde eisen, kan het centrale tuchtcollege op voorstel van de voorzitter zonder verder onderzoek, in raadkamer, een beslissing geven, welke strekt tot het niet-ontvankelijk verklaren van degene die het beroep heeft ingesteld. De beslissing is met redenen omkleed en wordt op schrift gesteld. In andere dan in de eerste volzin bedoelde gevallen kan de voorzitter, alvorens de zaak naar een terechtzitting te verwijzen, een vooronderzoek op de voet van het in artikel 66, tweede en derde lid, bepaalde gelasten.

2 Op de behandeling in beroep zijn de artikelen 66, zesde en zevende lid, en 67 tot en met 72, met uitzondering van het tweede lid van artikel 70, van overeenkomstige toepassing.

3 Het centrale tuchtcollege kan het regionale tuchtcollege dat de beslissing waartegen beroep is ingesteld, heeft gegeven, uitnodigen inlichtingen te verstrekken.

4 Het centrale tuchtcollege kan mede oordelen over onderdelen van de beslissing van het regionale tuchtcollege, waartegen in het beroepschrift geen bezwaren zijn aangevoerd.

5 Indien alleen degene over wie is geklaagd, beroep heeft ingesteld, kan het centrale tuchtcollege slechts met eenparigheid van stemmen een beslissing geven die een wijziging te zijnen nadele brengt in hetgeen door het regionale tuchtcollege was beslist.

6 Een beslissing van het centrale tuchtcollege waarbij een der in artikel 48, eerste en derde lid, omschreven maatregelen wordt opgelegd of gehandhaafd, wordt in het openbaar uitgesproken.

7 Ten aanzien van een beslissing van een andere dan in het zesde lid aangegeven strekking kan het centrale tuchtcollege om redenen, aan het algemeen belang ontleend, bepalen dat zij in het openbaar wordt uitgesproken, met dien verstande dat zodanige beslissing in elk geval in het openbaar wordt uitgesproken indien de beslissing van het regionale tuchtcollege, waartegen beroep is ingesteld, in het openbaar werd uitgesproken of de zaak in beroep in een openbare terechtzitting is behandeld.

8 Een afschrift van de beslissing van het centrale tuchtcollege wordt mede toegezonden aan het regionale tuchtcollege dat in eerste aanleg besliste.

Artikel 75 Tegen een beslissing van het centrale tuchtcollege staat geen andere voorziening open dan cassatie in het belang der wet.

§ 6 Verdere bepalingen

Artikel 76 1 De secretaris van het centrale tuchtcollege bewaart en registreert de hem overeenkomstig artikel 72, eerste lid, toegezonden beslissingen.

2 De secretaris van het centrale tuchtcollege verstrekt desgevraagd aan de tuchtcolleges, de leden van de rechterlijke macht en de ambtenaren van het openbaar ministerie inlichtingen omtrent onherroepelijke beslissingen.

3 Bij algemene maatregel van bestuur kunnen omtrent het in het eerste en het tweede lid bepaalde nadere regels worden gesteld. Daarbij kunnen de in het eerste lid gestelde verplichtingen, voor zover zulks uit het oogpunt van een goede rechtsbedeling toelaatbaar is, worden beperkt.

Artikel 77 De secretarissen van de tuchtcolleges kunnen aan degene die daarom verzoekt, tegen betaling der kosten, afschriften van onherroepelijke beslissingen van de tuchtcolleges verstrekken. Zodanige afschriften worden niet dan na machtiging van de voorzitter van het college dat de desbetreffende beslissing heeft gegeven, verstrekt. Een verzoek daartoe wordt alleen toegestaan ingeval de verzoeker heeft aangetoond dat hij daarbij belang heeft. In de afschriften worden de in de desbetreffende beslissingen vermelde namen, voornamen en woonplaatsen van de klagers, degenen over wie is geklaagd, de getuigen en de deskundigen weggelaten.

Artikel 78 De tuchtcolleges brengen jaarlijks vóór 1 april verslag uit omtrent hun werkzaamheden in het afgelopen kalenderjaar. Dit verslag wordt, tegen betaling der kosten, algemeen verkrijgbaar gesteld.

Hoofdstuk VIII Maatregelen wegens ongeschiktheid

Artikel 79

1 Er is een college van medisch toezicht, dat gevestigd is te 's-Gravenhage.

2 Het college is bevoegd in gevallen waarin de in het derde lid bedoelde inspecteur een voordracht ter zake heeft gedaan, een voorziening te treffen, ertoe strekkende een persoon die in een register ingeschreven staat, uit dat register te doen verwijderen dan wel diens uitoefening van het betrokken beroep met bijzondere waarborgen te omkleden, indien hij wegens zijn geestelijke of lichamelijke gesteldheid of wegens zijn gewoonte van drankmisbruik of van misbruik van middelen, bedoeld in de artikelen 2 en 3 van de Opiumwet (Stb. 1976, 425), moet worden geacht de geschiktheid tot het uitoefenen dan wel tot het zonder zodanige waarborgen uitoefenen van dat beroep te missen.

3 Een voordracht, bedoeld in het tweede lid, wordt gedaan door de inspecteur van het hiertoe bij algemene maatregel van bestuur aangewezen onderdeel van het staatstoezicht op de volksgezondheid, die bevoegd is ter plaatse waar degene op wie de voordracht betrekking heeft, zijn beroep uitoefent. Bij algemene maatregel van bestuur kan tevens worden bepaald dat deze inspecteur in bij de maatregel omschreven gevallen tot het doen van een voordracht niet mag overgaan dan na overleg met een of meer andere inspecteurs van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, bij de maatregel aangewezen.

Artikel 80

1 Een voorziening, bedoeld in artikel 79, tweede lid, kan bestaan in het opleggen van een der volgende maatregelen ten aanzien van de betrokkene:
- a binding van de bevoegdheid in het register ingeschreven staande het betrokken beroep uit te oefenen aan bijzondere voorwaarden;
- b gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid in het register ingeschreven staande het betrokken beroep uit te oefenen;
- c doorhaling van de inschrijving in het register.

2 De maatregelen, bedoeld in het eerste lid, onder a en b, kunnen ook gezamenlijk worden opgelegd.

3 Een maatregel, bedoeld in het eerste lid, onder a of b, wordt eerst van kracht bij het onherroepelijk worden van de beslissing waarbij hij is opgelegd, tenzij het college bij zijn beslissing heeft bepaald dat hij onmiddellijk van kracht wordt.

4 De maatregel van doorhaling van de inschrijving in het register wordt vanwege Onze Minister ten uitvoer gelegd zodra de beslissing waarbij hij is opgelegd, onherroepelijk is geworden.

5 Bij het opleggen van de maatregel van doorhaling van de inschrijving kan het college tevens, bij wijze van voorlopige voorziening, schorsing van de inschrijving opleggen. Deze voorziening wordt terstond van kracht en wordt vanwege Onze Minister onverwijld ten uitvoer gelegd; de inschrijving blijft geschorst totdat de beslissing tot doorhaling van de inschrijving onherroepelijk

is geworden dan wel in beroep is vernietigd. Artikel 48, negende lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 81 1 Ingeval de omstandigheden op grond waarvan een maatregel, bedoeld in artikel 80, eerste lid, onder a, b of c, was opgelegd, hebben opgehouden te bestaan, kan bij koninklijk besluit worden bepaald dat de voorwaarden die de betrokkene bij die maatregel werden gesteld, komen te vervallen, dat hij in de hem ontzegde bevoegdheid wordt hersteld, onderscheidenlijk dat hij, tenzij een buiten de opgelegde maatregel staande weigeringsgrond aanwezig blijkt, wederom in het register zal kunnen worden ingeschreven. In laatstbedoeld geval kan bij dat besluit worden bepaald dat het recht wederom in het register te worden ingeschreven eerst zal ingaan zodra de betrokkene aan vooraf te vervullen bijzondere voorwaarden, in dat besluit omschreven, zal hebben voldaan.

2 De voordracht tot een besluit krachtens het eerste lid wordt gedaan door Onze Ministers. Alvorens zodanige voordracht wordt gedaan, wint Onze Minister het advies in van het college dat de maatregel heeft opgelegd.

Artikel 82 1 Het college van medisch toezicht telt twee rechtsgeleerde leden, van wie één tevens voorzitter is, alsmede drie leden-artsen. Van het college maken mede deel uit plaatsvervangende rechtsgeleerde leden, benevens plaatsvervangende leden-artsen.

2 Aan de behandeling van een zaak wordt deelgenomen door de voorzitter, door het andere rechtsgeleerde lid en door de drie leden-artsen, een en ander met de mogelijkheid van plaatsvervanging.

3 Ten aanzien van de benoeming en het ontslag van de voorzitter en zijn plaatsvervanger is artikel 55, derde lid, van overeenkomstige toepassing. Ten aanzien van de benoeming en het ontslag van de overige leden en plaatsvervangende leden is artikel 55, vierde lid, van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de leden-artsen en de plaatsvervangende leden-artsen worden benoemd uit personen die als arts ingeschreven staan in het desbetreffende register.

4 Het college heeft een secretaris en een plaatsvervangende secretaris, beiden rechtsgeleerden. Zij worden bij koninklijk besluit op voordracht van Onze Ministers benoemd, geschorst en ontslagen.

5 Ten aanzien van de leden, de plaatsvervangende leden, de secretaris en de plaatsvervangende secretaris is artikel 61 van overeenkomstige toepassing. Ten aanzien van de leden en de plaatsvervangende leden zijn voorts de artikelen 60 en 63 van overeenkomstige toepassing. Ten aanzien van de leden-artsen en de plaatsvervangende leden-artsen is bovendien artikel 59 van overeenkomstige toepassing.

6 Artikel 62 is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 83 1 Het treffen van een voorziening, bedoeld in artikel 79, tweede lid, wordt door de inspecteur schriftelijk aan het college van medisch toezicht voorgedragen. De voordracht dient een omschrijving van de ter zake dienende feiten en omstandigheden te bevatten en te vermelden welke der in artikel 80, eerste lid, bedoelde maatregelen worden voorgesteld en, zo het een maatregel als in dat lid, onder a en b, omschreven betreft, de inhoud daarvan.

2 Van een voordracht als bedoeld in het eerste lid zendt de voorzitter van het college een afschrift aan degene op wie de voordracht betrekking heeft.

3 De betrokken inspecteur en degene op wie de voordracht betrekking heeft, kunnen zich doen vertegenwoordigen door een gemachtigde en zich doen bijstaan door een raadsman. De gemachtigde moet, desgevraagd, zijn bevoegdheid aantonen door het overleggen van een schriftelijke volmacht. Advocaten, als gemachtigden optredende, zijn tot deze overlegging niet gehouden. De voorzitter van het college van medisch toezicht kan slechts weigeren een persoon die geen advocaat is als gemachtigde of als raadsman toe te laten, indien er duidelijke aanwijzingen zijn dat door de toelating van die persoon een behoorlijke uitoefening van de rechtspraak zal worden belemmerd. De weigering wordt door de voorzitter schriftelijk gemotiveerd.

4 Na verzending van het afschrift, bedoeld in het tweede lid, gelast de voorzitter een vooronderzoek, dat zich mede kan uitstrekken tot andere dan in de voordracht vermelde feiten en omstandigheden. De voorzitter draagt het vooronderzoek op aan een of meer leden of plaatsvervangende leden of aan de secretaris of plaatsvervangende secretaris van het college. Degene die het vooronderzoek verricht stelt degene op wie de voordracht betrekking heeft, en de inspecteur die de voordracht heeft gedaan, in de gelegenheid door hem te worden gehoord. Hij kan voorts getuigen en deskundigen horen; ten aanzien van de getuigen en deskundigen is artikel 68 van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de oproeping, het verzoek tot dagvaarding en het doen afleggen van de eed of belofte geschieden door degene die het vooronderzoek verricht. Van de uitkomsten van het vooronderzoek wordt aan de inspecteur mededeling gedaan voordat de zaak ter rechtszitting in behandeling wordt genomen. Artikel 66, derde en zevende lid, is van overeenkomstige toepassing.

5 Het vooronderzoek wordt gesloten met verwijzing naar een rechtszitting.

6 Degene op wie de voordracht betrekking heeft, en de inspecteur die de voordracht heeft gedaan, worden in de gelegenheid gesteld de behandeling van de zaak ter rechtszitting bij te wonen en tijdens de behandeling te worden gehoord. Zij worden gedurende een termijn van tenminste zes dagen in de gelegenheid gesteld van de processtukken kennis te nemen. De laatste dag van deze termijn ligt tenminste acht dagen vóór de aanvang van het onderzoek ter rechtszitting.

7 Ten aanzien van de getuigen en deskundigen is artikel 68 van overeenkomstige toepassing.

8 Tijdens de behandeling van een zaak ter rechtszitting kan het college een of meer leden of plaatsvervangende leden, de secretaris of de plaatsvervangende secretaris opdragen alsnog een

aanvullend vooronderzoek in te stellen. Het vierde lid is te dezen van overeenkomstige toepassing. Het aanvullende vooronderzoek wordt gesloten door de zaak wederom naar een rechtszitting te verwijzen.

9 Het college kan, indien het termen daartoe aanwezig acht, de betrokkene schriftelijk aanzeggen dat het belang van de zaak vordert dat hij zijn medewerking verleent aan een te zijnen aanzien door of vanwege een of meer artsen, door het college hiertoe als deskundigen aangewezen, uit te voeren geneeskundig onderzoek. De kosten van het onderzoek komen ten laste van de Staat.
Indien de betrokkene de van hem verlangde medewerking geheel of gedeeltelijk onthoudt, kan het college bij zijn op de voordracht te geven beslissing deze omstandigheid in zijn overwegingen betrekken.

10 Zolang het college zijn onderzoek van de zaak ter rechtszitting niet heeft beëindigd, kan de inspecteur de door hem gedane voordracht intrekken, in welk geval de behandeling van de zaak wordt gestaakt, tenzij degene op wie de voordracht betrekking heeft schriftelijk heeft verklaard voortzetting van de behandeling te verlangen.
Evenzo kan de inspecteur zijn voordracht zo nodig nog wijzigen of aanvullen. In zodanig geval wordt aan degene op wie de voordracht betrekking heeft, een afschrift van de aldus herziene voordracht verstrekt en wordt deze in de gelegenheid gesteld alsnog te worden gehoord.
Indien degene op wie de voordracht betrekking heeft, overlijdt, wordt de behandeling van de zaak gestaakt.

11 Binnen twee maanden na sluiting van het onderzoek ter rechtszitting wordt de eindbeslissing van het college uitgesproken. De eindbeslissing strekt hetzij tot het opleggen van een der in artikel 80, eerste lid, omschreven maatregelen, hetzij tot het afwijzen van de voordracht. Zij is met redenen omkleed en wordt op schrift gesteld. Bij de keuze van de op te leggen maatregel kan het college afwijken van hetgeen in de voordracht werd voorgesteld, met dien verstande dat de in artikel 80, eerste lid, onder c, omschreven maatregel niet dan in overeenstemming met de voordracht kan worden opgelegd.

12 .Ten aanzien van de behandeling van de zaak ter rechtszitting en het uitspreken van de beslissing is artikel 70, eerste, derde en vierde lid, van overeenkomstige toepassing. Een beslissing, strekkende tot het opleggen van een der in artikel 80, eerste lid, omschreven maatregelen, wordt in het openbaar uitgesproken. Ten aanzien van een beslissing, strekkende tot het afwijzen van de voordracht, kan het college om redenen, aan het algemeen belang ontleend, bepalen dat zij in het openbaar wordt uitgesproken, met dien verstande dat zodanige beslissing in elk geval in het openbaar wordt uitgesproken indien de zaak in een openbare rechtszitting is behandeld.

13 Van de eindbeslissing van het college wordt binnen een week na de uitspraak daarvan, een afschrift gezonden aan:
a degene op wie de voordracht betrekking heeft;
b de inspecteur die de voordracht heeft gedaan;
c de inspecteurs van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, die daartoe bij algemene maatregel van bestuur zijn aangewezen;

d de secretaris van het centrale tuchtcollege;

e Onze Minister, ingeval de beslissing strekt tot het opleggen van een der in artikel 80, eerste lid, omschreven maatregelen;

f Onze Minister van Defensie, ingeval de beslissing betrekking heeft op een persoon die militair is.

Artikel 84 1 Tegen een eindbeslissing van het college van medisch toezicht kan degene op wie de voordracht betrekking heeft, alsmede de betrokken inspecteur, binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift van die beslissing bij het centrale tuchtcollege beroep instellen.

2 Ten aanzien van de samenstelling van het centrale tuchtcollege bij de behandeling van zodanig beroep is artikel 56, tweede lid, van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de in die bepaling aan leden-beroepsgenoten toegewezen plaatsen in alle gevallen worden ingenomen door leden of plaatsvervangende leden van het college, benoemd uit de personen die in het desbetreffende register als arts ingeschreven staan.

3 De artikelen 73, tweede tot en met zesde lid, en 83, derde en tiende lid, zijn van overeenkomstige toepassing. In geval van intrekking van een ingesteld beroep door degene op wie de voordracht betrekking heeft, wordt de behandeling in beroep gestaakt, tenzij het college zijn onderzoek van de zaak ter rechtszitting reeds heeft beëindigd.

4 Indien een beroepschrift afkomstig is van een persoon die niet bevoegd is tot het instellen van beroep, niet tijdig is ingediend of niet voldoet aan de krachtens het derde lid met overeenkomstige toepassing van artikel 73, tweede lid, gestelde eisen, kan het centrale tuchtcollege op voorstel van degene die het vooronderzoek heeft verricht zonder verder onderzoek, in raadkamer, een beslissing geven, welke strekt tot het niet-ontvankelijk verklaren van degene die het beroep heeft ingesteld. De beslissing is met redenen omkleed en wordt op schrift gesteld. In andere dan in de eerste volzin bedoelde gevallen kan de voorzitter, alvorens de zaak naar een rechtszitting te verwijzen, een vooronderzoek op de voet van artikel 83, vierde en vijfde lid, gelasten.

5 Op de behandeling in beroep en de uitspraak van de eindbeslissing zijn de artikelen 74, derde tot en met vijfde lid, en 83, zesde tot en met negende lid, elfde lid, met uitzondering van de tweede volzin, en twaalfde lid, van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de beslissing van het centrale tuchtcollege eveneens in het openbaar wordt uitgesproken indien de beslissing van het college van medisch toezicht, waartegen beroep is ingesteld, in het openbaar werd uitgesproken.

6 Ten aanzien van de toezending van afschriften van de eindbeslissing van het centrale tuchtcollege is artikel 83, dertiende lid, van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat een afschrift mede wordt toegezonden aan het college van medisch toezicht.

7 Met betrekking tot de overeenkomstig het zesde lid juncto artikel 83, dertiende lid, aan de secretaris van het centrale tuchtcollege toegezonden afschriften van de beslissingen is artikel 76 van overeenkomstige toepassing.

Artikel 85 Ten aanzien van het centrale tuchtcollege is met betrekking tot zaken die bij dat college ingevolge een krachtens artikel 84 ingesteld beroep aanhangig zijn, artikel 62 van overeenkomstige toepassing.

Hoofdstuk IX Verdere bepalingen

Artikel 86 1 Met het toezicht op de naleving van de krachtens deze wet geregelde opleidingen, alsmede de bij of krachtens artikel 40, eerste, derde en vierde lid, en artikel 40a gestelde voorschriften en de in deze wet opgenomen strafbepalingen zijn belast de bij besluit van Onze Minister aangewezen ambtenaren.

2 Van een besluit als bedoeld in het eerste lid wordt mededeling gedaan door plaatsing in de Staatscourant.

Artikel 87 1 De met het toezicht belaste ambtenaren beschikken niet over de bevoegdheden, genoemd in de artikelen 5:18 en 5:19 van de Algemene wet bestuursrecht.

2 De met het toezicht belaste ambtenaren zijn, voor zover dat voor de vervulling van hun taak noodzakelijk is en in afwijking van artikel 5:20, tweede lid, van de Algemene wet bestuursrecht en van artikel 88 van deze wet, bevoegd tot inzage van de patiëntendossiers. Voor zover de betrokken beroepsbeoefenaar uit hoofde van zijn beroep tot geheimhouding van het dossier verplicht is, geldt gelijke verplichting voor de betrokken ambtenaar.

Artikel 87a Indien de in artikel 86 bedoelde personen van oordeel zijn dat artikel 40, eerste tot en met derde lid, of artikel 40a niet of in onvoldoende of op onjuiste wijze wordt nageleefd, kunnen zij de desbetreffende beroepsbeoefenaar een schriftelijk bevel geven. De beroepsbeoefenaar is verplicht binnen de daarbij gestelde termijn aan het bevel te voldoen.

Artikel 88 Een ieder is verplicht geheimhouding in acht te nemen ten opzichte van al datgene wat hem bij het uitoefenen van zijn beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg als geheim is toevertrouwd, of wat daarbij als geheim te zijner kennis is gekomen of wat daarbij te zijner kennis is gekomen en waarvan hij het vertrouwelijke karakter moest begrijpen.

Artikel 89 [Vervallen per 01-12-1995]

Artikel 90 Bij algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de hoofdstukken II, III, VI en XI en in artikel 93 kan worden bepaald dat Onze Minister met betrekking tot onderwerpen die in de maatregel worden geregeld, nadere regels kan dan wel moet stellen.

Artikel 91 Een algemene maatregel van bestuur waarbij ten aanzien van een bij de maatregel aangewezen beroep voor de eerste maal toepassing wordt gegeven aan artikel 8, 34 of 40, dan wel een algemene

maatregel van bestuur, inhoudende intrekking van een algemene maatregel van bestuur waarbij ten aanzien van een bepaald beroep toepassing is gegeven aan artikel 8, 34 of 40, wordt niet vastgesteld dan nadat het ontwerp daarvan in de Staatscourant is geplaatst. Omtrent het ontwerp staat voor een ieder gedurende dertien weken, te rekenen vanaf het tijdstip van plaatsing, de gelegenheid open zienswijzen ter kennis van Onze Minister te brengen. Gelijktijdig met de plaatsing in de Staatscourant wordt het ontwerp aan beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd. Alvorens een ontwerp van een zodanig maatregel in de Staatscourant wordt geplaatst, wordt door of vanwege Onze Minister overleg gepleegd met de naar zijn oordeel representatieve organisaties van beoefenaren van het beroep waarop de maatregel betrekking heeft.

Artikel 92

1 Ten aanzien van degene die als beoefenaar van een beroep dat geregeld is in deze wet of waarvan de opleiding krachtens artikel 34, eerste lid, is geregeld of aangewezen, is verbonden aan een in Nederland verblijvend onderdeel van een bondgenootschappelijke krijgsmacht, blijven ter zake van de werkzaamheden die hij in de uitoefening van dat beroep verricht met betrekking tot personeel, behorende tot een onderdeel van die bondgenootschappelijke krijgsmacht, alsmede met betrekking tot degenen met wie dat personeel duurzaam samenleeft, buiten toepassing:
   a het in artikel 4, tweede lid, gestelde verbod, voor zover het de titel betreft, waarvan het voeren voorbehouden is aan degenen die in de op dat beroep betrekking hebbende hoedanigheid in het desbetreffende register ingeschreven staan;
   b het in artikel 35, eerste lid, gestelde verbod, voor zover het handelingen betreft, waartoe de onder a bedoelde personen bevoegd zijn;
   c het in artikel 34, vierde lid, gestelde verbod, voor zover het de titel betreft waarvan het voeren voorbehouden is aan degenen die de krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding tot het betrokken beroep hebben voltooid.

2 Voor de toepassing van artikel 96 wordt de in het eerste lid bedoelde persoon ter zake van de in dat lid aangegeven werkzaamheden gelijkgesteld met degene die in het desbetreffende register ingeschreven staat onderscheidenlijk degene die een krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding tot een bepaald beroep heeft voltooid.

3 De in het eerste lid bedoelde persoon die een in deze wet geregeld beroep uitoefent wordt voor de toepassing van in andere wetten opgenomen bepalingen, betrekking hebbende op degenen die in het desbetreffende register ingeschreven staan, gelijkgesteld met laatstbedoelde personen, voor zover zulks noodzakelijk is in verband met het verrichten van de in het eerste lid bedoelde werkzaamheden.

Artikel 93

Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van het gebruik van een bij de maatregel aangegeven onderscheidingsteken door degenen die in een bij de maatregel aangewezen register ingeschreven staan of aan wie krachtens artikel 34, derde lid, het recht is voorbehouden een krachtens dat artikellid aangegeven titel te voeren.

Artikel 94

Indien in deze wet geregelde onderwerpen in het belang van een goede uitvoering van de wet nadere regeling behoeven, kan deze geschieden bij algemene maatregel van bestuur.

Artikel 95 Onze Minister zendt binnen vijf jaar na de inwerkingtreding van deze wet aan de beide Kamers der Staten-Generaal een verslag over de wijze waarop zij is toegepast.

Hoofdstuk X Strafbepalingen

Artikel 96 1 Degene die, hetzij niet ingeschreven staande in een register, hetzij wel in een register ingeschreven staande doch bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg kennelijk tredende buiten de grenzen van hetgeen overeenkomstig hoofdstuk III tot zijn gebied van deskundigheid wordt gerekend, bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste drie maanden of geldboete van de tweede categorie.

2 Indien de in het eerste lid bedoelde persoon weet of ernstige reden heeft om te vermoeden dat hij schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, wordt hij gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie.

3 Bij veroordeling wegens een der in het eerste of tweede lid omschreven feiten kan de betrokkene tevens worden ontzet van het recht het betrokken beroep uit te oefenen.

4 Het in het eerste lid bepaalde geldt niet voor zover degene die een krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding heeft voltooid bij het verrichten van de in het eerste lid bedoelde handelingen niet getreden is buiten de grenzen van hetgeen overeenkomstig het krachtens artikel 34, tweede lid, bepaalde tot zijn gebied van deskundigheid wordt gerekend.

Artikel 96a 1 Indien tegen de verdachte van overtreding van artikel 96 ernstige bezwaren zijn gerezen en de bescherming van de volksgezondheid dat dringend vordert, is de officier van justitie, zolang de behandeling ter terechtzitting nog niet is aangevangen, bevoegd, gehoord de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de verdachte bij aan deze te betekenen kennisgeving als voorlopige maatregel te bevelen zich van bepaalde handelingen te onthouden.

2 De verdachte kan tegen het bevel binnen veertien dagen na de betekening in beroep komen bij het gerecht waar de zaak wordt vervolgd of vervolgd zal worden. Het gerecht beslist zo spoedig mogelijk. De verdachte wordt gehoord, althans behoorlijk opgeroepen.

3 Artikel 28, tweede en derde lid, en de artikelen 30 tot en met 32 van de Wet op de economische delicten zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 96b Indien tegen de verdachte van overtreding van artikel 96 ernstige bezwaren zijn gerezen en de bescherming van de volksgezondheid dat dringend vordert, kan het met de behandeling van de zaak belaste gerecht voor de behandeling ter terechtzitting, op de vordering van het openbaar ministerie, op de voordracht van de rechter-commissaris, met onderzoek in de zaak belast, en, indien de zaak te zijner zitting wordt behandeld, mede ambtshalve, de verdachte, gehoord de Inspectie voor de

Gezondheidszorg, als voorlopige maatregel bevelen zich van bepaalde handelingen te onthouden. Artikel 29, tweede en derde lid, en de artikelen 30 tot en met 32 van de Wet op de economische delicten zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 97 Degene die handelt in strijd met het in artikel 35, eerste lid, of 38 gestelde verbod wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste drie maanden of geldboete van de tweede categorie, indien:

a in de daaraan voorafgaande 24 maanden tweemaal een bestuurlijke boete ter zake van een zelfde gedraging onherroepelijk is opgelegd; of
b de opzettelijke of roekeloze gedraging een direct gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de mens tot gevolg heeft.

Artikel 98 1 Degene die een beperking van bevoegdheid of een voorwaarde, overeenkomstig artikel 41, derde lid, onder b, 48, eerste lid, onder e, 80, eerste lid, onder b, of 105, derde lid, onderscheidenlijk overeenkomstig artikel 80, eerste lid, onder a, of 105, derde lid, opgelegd om door de betrokkene in het register ingeschreven staande te worden inachtgenomen, niet naleeft, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste drie maanden of geldboete van de tweede categorie.

2 Op dezelfde wijze wordt gestraft degene die handelt in strijd met een ingevolge artikel 96a of artikel 96b gegeven bevel zich van bepaalde handelingen te onthouden.

3 Het eerste lid geldt slechts indien:

a in de daaraan voorafgaande 24 maanden tweemaal een bestuurlijke boete ter zake van een zelfde gedraging onherroepelijk is opgelegd; of
b de opzettelijke of roekeloze gedraging een direct gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de mens tot gevolg heeft.

Artikel 99 1 Degene die, hoewel zijn inschrijving in het desbetreffende register is geschorst ten gevolge van een onherroepelijk geworden overeenkomstig artikel 48, eerste lid, onder d, opgelegde maatregel dan wel een maatregel, bij wijze van voorlopige voorziening opgelegd overeenkomstig artikel 80, vijfde lid, tijdens de duur dier schorsing handelt in strijd met het in artikel 4, tweede lid, of 17, tweede lid, gestelde verbod, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste drie maanden of geldboete van de tweede categorie.

2 Op dezelfde wijze wordt gestraft degene die, hoewel zijn inschrijving in het desbetreffende register is doorgehaald ten gevolge van een onherroepelijk geworden overeenkomstig artikel 48, eerste lid, onder f, of 80, eerste lid, onder c, opgelegde maatregel, handelt in strijd met het in artikel 4, tweede lid, of 17, tweede lid, gestelde verbod.

3 Het eerste en tweede lid gelden slechts indien:

a in de daaraan voorafgaande 24 maanden tweemaal een bestuurlijke boete ter zake van een zelfde gedraging onherroepelijk is opgelegd; of
b de opzettelijke of roekeloze gedraging een direct gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de mens tot gevolg heeft.

Artikel 100 Onze Minister is bevoegd een bestuurlijke boete van ten hoogste € 6 700,– op te leggen ter zake van een gedraging die in strijd is met het bepaalde bij of krachtens:
- artikel 4, tweede lid;
- artikel 17, tweede lid;
- artikel 34, vierde lid;
- artikel 35;
- artikel 38;
- artikel 40, vierde lid;
- artikel 41, derde lid, onder b;
- artikel 48, eerste lid, onder e;
- artikel 80, eerste lid, onder a of b;
- artikel 88;
- artikel 96;
- artikel 105, derde lid;
- artikel 108, tweede lid.

Artikel 100a 1 Onze Minister is bevoegd tot toepassing van bestuursdwang ter handhaving van de in een krachtens artikel 87a gegeven bevel gestelde verplichtingen.

2 Onze Minister is bevoegd een last onder dwangsom op te leggen ter zake van een gedraging die in strijd is met artikel 87, tweede lid.

Artikel 100b [Vervallen per 17-02-1999]

Artikel 101 Degene die handelt in strijd met een krachtens artikel 40, vierde lid, gesteld voorschrift voor zover dit is aangeduid als strafbaar feit wordt gestraft met geldboete van de tweede categorie, indien:

a in de daaraan voorafgaande 24 maanden tweemaal een bestuurlijke boete ter zake van een zelfde gedraging onherroepelijk is opgelegd; of

b de opzettelijke of roekeloze gedraging een direct gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de mens tot gevolg heeft.

Artikel 102 1 De in artikel 96, tweede lid, strafbaar gestelde feiten zijn misdrijven.

2 De in de artikelen 96, eerste lid, 97, 98, 99 en 101 strafbaar gestelde feiten zijn overtredingen.

Artikel 103 1 Indien tijdens het plegen van een strafbaar feit, omschreven in de artikelen 96, eerste lid, en 97, nog geen vier jaren zijn verlopen sedert een vroegere veroordeling van de schuldige wegens een strafbaar feit, omschreven in de artikelen 96 en 97, onherroepelijk is geworden, kan hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie worden opgelegd.

2 Indien tijdens het plegen van een strafbaar feit, omschreven in artikel 96, tweede lid, nog geen vier jaren zijn verlopen sedert een vroegere veroordeling van de schuldige wegens een strafbaar feit, omschreven in de artikelen 96 en 97, onherroepelijk is geworden, kan gevangenisstraf van ten hoogste een jaar of geldboete van de vierde categorie worden opgelegd.

3 Onder vroegere veroordeling als bedoeld in dit artikel wordt mede verstaan een vroegere veroordeling door een strafrechter in een andere lidstaat van de Europese Unie wegens feiten soortgelijk aan de feiten, bedoeld in de artikelen 96 en 97.

Hoofdstuk XI Overgangs- en slotbepalingen

Artikel 104 1 Ten aanzien van degenen die de bevoegdheid hadden verkregen of waren toegelaten tot de uitoefening van een in het vierde lid genoemd beroep, dan wel een ander in het vijfde lid genoemd beroep reeds uitoefenden, dan wel de bevoegdheid hadden verkregen tot het voeren van de titel van verpleegkundige vóór het tijdstip waarop artikel 3, eerste lid, ten aanzien van het desbetreffende beroep in werking is getreden, blijven gedurende zes maanden na dat tijdstip en, indien binnen dat tijdstip overeenkomstig het bij en krachtens artikel 5 bepaalde een aanvrage voor inschrijving in het desbetreffende register is ingediend, ook nadien totdat op hun aanvrage onherroepelijk is beslist, buiten toepassing:

a het in artikel 4, tweede lid, gestelde verbod, voor zover het de titel betreft, waarvan het voeren voorbehouden is aan degenen die in de op dat beroep betrekking hebbende hoedanigheid in het desbetreffende register ingeschreven staan;

b het in artikel 35, eerste lid, gestelde verbod, voor zover het handelingen betreft waartoe de onder a bedoelde personen op dat tijdstip bevoegd zijn.

2 Ingeval een aanvrage als bedoeld in het eerste lid wordt ingediend na het verstrijken van de in dat lid bedoelde termijn, is, indien voor deze vertraging een aannemelijke oorzaak aanwezig is en de aanvrage is ingediend binnen twee maanden nadat de oorzaak heeft opgehouden te werken, vanaf de datum van indiening van de aanvrage het eerste lid van overeenkomstige toepassing.

3 De in de aanhef van het eerste lid bedoelde personen zijn, indien de in dat lid, onder a, bedoelde personen aan tuchtrechtspraak overeenkomstig deze wet onderworpen zijn, eveneens aan bedoelde rechtspraak onderworpen en worden voor de toepassing van artikel 96 gelijkgesteld met degenen die in het desbetreffende register ingeschreven staan.

4 De in het eerste lid bedoelde beroepen zijn die van:
arts,
tandarts,
apotheker,
fysiotherapeut,
verloskundige.

5 De in het eerste lid bedoelde andere beroepen zijn die van:
gezondheidszorgpsycholoog,
psychotherapeut.

6 De in het eerste lid bedoelde personen worden voor de toepassing van in andere wetten opgenomen bepalingen, betrekking hebbende op degenen die in het desbetreffende register

ingeschreven staan, gedurende de in het eerste lid bedoelde periode gelijkgesteld met degenen die in dat register ingeschreven staan.

Artikel 105 1 Degenen die de bevoegdheid hadden verkregen of waren toegelaten tot de uitoefening van een in artikel 104, vierde lid, genoemd beroep, dan wel de bevoegdheid hadden verkregen tot het voeren van de titel van verpleegkundige vóór het tijdstip waarop artikel 3, eerste lid, ten aanzien van het desbetreffende beroep in werking is getreden, wordt inschrijving in het desbetreffende register niet geweigerd vanwege het niet voldoen aan de ter zake van de genoten opleiding bij of krachtens hoofdstuk III voor inschrijving in dat register gestelde eisen.

2 Met de in het eerste lid bedoelde personen worden gelijkgesteld degenen die een op de bekwaamheid tot de uitoefening van een daar bedoeld beroep dan wel op het voeren van de daar bedoelde titel betrekking hebbend getuigschrift hebben verkregen ter afsluiting van een wettelijk geregelde opleiding welke vóór het tijdstip waarop artikel 3, eerste lid, ten aanzien van het desbetreffende beroep in werking is getreden, is aangevangen en eerst nadien is voltooid.

3 Ingeval de in het eerste lid bedoelde bevoegdheid of toelating onder beperkingen of voorwaarden is verleend, mag de betrokkene, in het register ingeschreven staande, het desbetreffende beroep slechts uitoefenen met inachtneming van die beperkingen of voorwaarden. Bij inschrijving van de betrokkene in het register wordt in de in de vorige volzin bedoelde gevallen in het register een aantekening geplaatst, inhoudende een omschrijving van die beperkingen of voorwaarden. Indien de bevoegdheid of de toelating voor een bepaalde tijd is verleend, wordt de inschrijving van de betrokkene na afloop van die tijd doorgehaald. Artikel 12 is van overeenkomstige toepassing ten aanzien van de in de tweede volzin bedoelde aantekening.

4 Het derde lid, eerste volzin, is niet van toepassing ten aanzien van:
- a de in artikel 7, eerste volzin, van de Wet van 24 juni 1876, Stb. 117, bedoelde tandartsen;
- b degenen aan wie een met de bevoegdheid van de onder a bedoelde tandartsen overeenkomende bevoegdheid of toelating krachtens artikel 7a en 7d van de onder a genoemde wet was verleend;
- c degenen die krachtens artikel 1 van de Wet van 18 december 1957, Stb. 589, waren toegelaten tot het uitoefenen van de tandheelkundige praktijk in Nederland.

Artikel 106 1 Degenen die vóór het tijdstip waarop artikel 3, eerste lid, ten aanzien van het beroep van psychotherapeut in werking is getreden, een op de bekwaamheid tot de uitoefening van het beroep van psychotherapeut gerichte opleiding dan wel de opleiding tot psychiater hebben voltooid en die niet voldoen aan de krachtens artikel 26, eerste lid, gestelde eisen voor inschrijving in het register van psychotherapeuten, wordt inschrijving in dat register deswege niet geweigerd indien de aanvrage is ingediend overeenkomstig artikel 104, eerste of tweede lid, en Onze Minister heeft verklaard dat hun verworven vakbekwaamheid voor de toepassing van deze wet geacht kan worden gelijkwaardig te zijn aan de vakbekwaamheid welke uit het voldoen aan vorenbedoelde eisen kan worden afgeleid.

2 Met de in het eerste lid bedoelde personen worden gelijkgesteld degenen die een in dat lid bedoelde opleiding hebben gevolgd welke vóór het in dat lid bedoelde tijdstip is aangevangen en eerst nadien is voltooid.

3 De beoordeling of de vakbekwaamheid van een persoon als bedoeld in het eerste lid voor de toepassing van deze wet geacht kan worden gelijkwaardig te zijn aan die welke mag worden afgeleid uit het voldoen aan de krachtens artikel 26, eerste lid, gestelde eisen, geschiedt aan de hand van het bezit van door Onze Minister aangewezen getuigschriften.

Artikel 107 1 Voor de toepassing van de artikelen 34, vierde lid, en 96 worden met degenen die een krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding tot een beroep dat ook wettelijk geregeld was vóór de datum van inwerkingtreding van artikel 34, hebben voltooid, gelijkgesteld:

- a personen die vóór het tijdstip waarop voor het desbetreffende beroep een algemene maatregel van bestuur krachtens artikel 34, derde lid, in werking treedt de bevoegdheid hadden verkregen tot de uitoefening van het desbetreffende beroep dan wel de bevoegdheid hadden verkregen tot het voeren van een op dat beroep betrekking hebbende titel;
- b personen die een wettelijk geregelde opleiding tot het desbetreffende beroep vóór het tijdstip waarop voor dat beroep een algemene maatregel van bestuur krachtens artikel 34, derde lid, in werking treedt, hebben aangevangen en nadien hebben voltooid;
- c personen, andere dan de onder a en b bedoelde, die het betreffende beroep hebben uitgeoefend gedurende een aaneengesloten periode van tenminste zes maanden in het tijdvak van vijf jaren, onmiddellijk voorafgaande aan het tijdstip waarop voor dat beroep een algemene maatregel van bestuur krachtens artikel 34, derde lid, in werking treedt en ten aanzien van wie Onze Minister op hun daartoe strekkende aanvrage heeft verklaard dat hun verworven vakbekwaamheid geacht kan worden gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig te zijn aan de vakbekwaamheid welke uit het voltooid hebben van de krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding tot het desbetreffende beroep kan worden afgeleid.

2 De beoordeling of de vakbekwaamheid van een persoon als bedoeld in het eerste lid, onder c, geacht kan worden gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig te zijn aan die welke mag worden afgeleid uit het voltooid hebben van de krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding tot het desbetreffende beroep, geschiedt aan de hand van het bezit van door Onze Minister aangewezen getuigschriften, door het afnemen van een proef, of, ter beoordeling van Onze Minister, op andere wijze, eventueel nadat de betrokkene gelegenheid is gelaten tot het volgen van aanvullende opleiding.

3 Een aanvrage als bedoeld in het eerste lid, onder c, is slechts ontvankelijk indien zij wordt ingediend binnen zes maanden na het tijdstip waarop een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in artikel 34, derde lid, ten aanzien van het desbetreffende beroep in werking is getreden. Later ingediende aanvragen kunnen slechts in behandeling worden genomen indien een aannemelijke oorzaak voor de vertraging aanwezig is, en in dat geval slechts binnen twee maanden nadat de oorzaak heeft opgehouden te werken.

Artikel 107a Voor de toepassing van de artikelen 34, vierde lid, en 96 worden met degenen die een krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding tot een beroep dat niet wettelijk geregeld was vóór de datum van inwerkingtreding van artikel 34, hebben voltooid, gelijkgesteld: personen wier verworven vakbekwaamheid, gelet op het bezit van een door Onze Minister aangewezen getuigschrift, geacht kan worden gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig te zijn aan de vakbekwaamheid welke uit het voltooid hebben van de krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding tot het desbetreffende beroep kan worden afgeleid.

Artikel 108 1 Aan degene die vóór het tijdstip waarop dit artikel in werking is getreden de bevoegdheid tot uitoefening van heilgymnastiek en massage hadden verkregen krachtens artikel 8, eerste lid, van de Wet op de paramedische beroepen (Stb. 1963, 113) dan wel op de in artikel 41, tweede of vierde lid, van die wet omschreven voet, is het recht voorbehouden de titel van heilgymnast-masseur te voeren.

2 Het is degene wie het recht tot het voeren van de in het eerste lid geregelde titel niet toekomt, verboden die titel of een daarop gelijkende benaming te voeren.

3 Tot het gebied van deskundigheid van de personen, bedoeld in het eerste lid, wordt gerekend het verrichten van bij algemene maatregel van bestuur te omschrijven handelingen op het gebied van de bewegingstherapie en de massagetherapie, voor zover zij liggen op het gebied van de geneeskunst en het verrichten ervan geschiedt op grond van een door een arts afgegeven verwijzing die aan bij de maatregel te stellen eisen voldoet.

4 Tot het gebied van deskundigheid van de personen, bedoeld in het eerste lid, wordt mede gerekend het verrichten van handelingen, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende diens gezondheidstoestand te bevorderen of te bewaken, welke overeenkomen met de handelingen, bedoeld in het derde lid, doch niet liggende op het gebied van de geneeskunst.

Artikel 109 1 De krachtens de Medische Tuchtwet (Stb. 1928, 222) opgelegde maatregelen behouden na de intrekking van die wet hun rechtskracht.

2 De op het tijdstip van die intrekking aanhangige zaken worden nog op de voet van het bij of krachtens de Medische Tuchtwet bepaalde afgehandeld, met dien verstande evenwel dat daarbij geen maatregel opgelegd kan worden wegens feiten ter zake waarvan geen maatregelen zouden kunnen worden opgelegd overeenkomstig hoofdstuk VII of VIII van de onderhavige wet.

Artikel 110 1 Ingeval overeenkomstig de Medische Tuchtwet bij onherroepelijk geworden beslissing de in artikel 5, eerste lid, onder 4°, van die wet vermelde maatregel is opgelegd, wordt deze naar zijn rechtsgevolgen gelijkgesteld met een krachtens artikel 48, eerste lid, onder d, opgelegde maatregel.

2 Ingeval overeenkomstig de Medische Tuchtwet bij onherroepelijk geworden beslissing de in artikel 5, eerste lid, onder 5°, van die wet vermelde maatregel is opgelegd, wordt deze naar zijn

rechtsgevolgen gelijkgesteld met een krachtens artikel 48, eerste lid, onder f, of artikel 80, eerste lid, onder c, dan wel met een krachtens artikel 48, derde lid, opgelegde maatregel, zulks naar gelang de betrokkene op het tijdstip van onherroepelijk worden van bedoelde beslissing al dan niet in het desbetreffende register ingeschreven stond.

Artikel 111 In de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 8, eerste lid, kan voor personen die hun getuigschrift hebben behaald vóór het tijdstip van inwerkingtreding van deze maatregel een van artikel 8, tweede lid, afwijkende aanvangsdatum worden vastgesteld vanaf welke de in de maatregel aangegeven periode begint te lopen.

Artikel 112 [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]
[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 113 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 114 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 115 [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]
[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 116 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 117 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 118 [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]
[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 119 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 120 [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]
[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 121 [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]
[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 122 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 123 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 124 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 125 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 126 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 127 [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]
[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 128 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 129 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 130 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 131 [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]
[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 132 [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]
[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 133 [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]
[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 134 [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]
[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 135 [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]
[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 136 [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]
[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 137 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 138 [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]
[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 139 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 140 [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]
[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 141 [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]
[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 142 [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]
[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 143 [Vervallen per 17-02-1999]

Artikel 144 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 144a [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 145 De Wet van 1 juni 1865, Stb. 60, regelende de uitoefening der geneeskunst, de Wet van 24 juni 1876, Stb. 117, houdende regeling van de voorwaarden tot verkrijging der afzonderlijke bevoegdheid tot uitoefening der tandheelkunst en van de uitoefening dier kunst, de Wet van 25 december 1878, Stb. 222, houdende regeling der voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van arts, tandarts, apotheker, vroedvrouw en apothekersbediende, de Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige (Stb. 1921, 702), de Wet van 30 december 1926, Stb. 454, tot herziening van de uitvoering van de Wet van 29 juni 1925, Stb. 282 (volledige tandprothese), de Medische Tuchtwet (Stb. 1928, 222), de Wet van 18 mei 1929, Stb. 257, tot het in de gelegenheid stellen van hen, die ingevolge de wet van 30 december 1926 (Stb. 454) geen visum op hun bewijs van vestiging hebben ontvangen, om alsnog van hun practische bekwaamheid te doen blijken, de Wet van 13 mei 1939, Stb. 801, tot nadere voorzieningen inzake de tandheelkunde, de Wet van 11 juli 1957, Stb. 330, houdende aanvullende bepalingen tot het verlenen van de bevoegdheid van tandheelkundige, de Wet van 18 december 1957, Stb. 589, tot regeling van de toelating van in Indonesië bevoegde Nederlandse tandartsen en vroedvrouwen tot de uitoefening van de praktijk in Nederland, de Wet op de paramedische beroepen (Stb. 1963, 113), de Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters (Stb. 1963, 289), alsmede de Wet inzake de tandprothetici (Stb. 1989, 329) worden ingetrokken.

Artikel 146 Waar in deze wet "Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Stb. 1993, 655)" voorkomt, worden bij plaatsing van deze wet in het Staatsblad na "Stb." ingevoegd de jaargang en het nummer van het Staatsblad waarin deze wet wordt geplaatst.

Artikel 147

1. De artikelen van deze wet treden in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden gesteld.

2. Voorts kan het tijdstip van inwerkingtreding van de artikelen 3 tot en met 7, 12, 100, 104, eerste lid, onder a, tweede en zesde lid, en 105, eerste en derde lid, per bij koninklijk besluit aan te wijzen regio verschillend worden gesteld ten aanzien van degenen die in Nederland woonachtig zijn en vóór het in het eerste lid bedoelde tijdstip de bevoegdheid tot het voeren van de titel van verpleegkundige hebben verkregen.

Artikel 148 Deze wet kan worden aangehaald als: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Bijlage 4

Stand van zaken aanbevelingen eerste evaluatie

Bijlage geeft de stand van zaken op 1 maart 2013 weer.

	Voorstellen uit de eerste evaluatie (verkort weergegeven)	Stand van zaken 1 maart 2013
	Voorlichting	
1	De overheid zou een voorlichtingsplan moeten (laten) ontwikkelen, toegespitst op de diverse doelgroepen, om de lacunes in kennis over de Wet BIG tegemoet te komen.	Of dit voorlichtingsplan is ontwikkeld, is bij ons niet bekend.
	Bevoegdheid, deskundigheid, bekwaamheid	
2	Er bestaat frictie tussen de door de wet aan de basisarts toegekende volledige bevoegdheid tot het zelfstandig verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst en de praktijk waarin toezicht wordt uitgeoefend. De wetgever zou de feitelijke situatie in het wettelijke systeem tot uitdrukking moeten brengen door: a een bepaling op te nemen die een AMvB mogelijk maakt op basis waarvan in het belang van de individuele gezondheidszorg nadere voorwaarden en beperkingen kunnen worden gesteld aan de uitoefening van bepaalde beroepen b de basisarts niet meer als uitgangspunt nemen voor het civiele effect van de medische opleiding, maar pas volledige bevoegdheid (en derhalve registratie) voor het zelfstandig kunnen verrichten van handelingen op het terrein van de geneeskunst na een nader te specificeren vervolgopleiding	Deze aanbeveling is niet opgevolgd. Bekwaamheidsafbakening van basisberoep tot specialist blijft onduidelijk. Deze aanbeveling is dus nog steeds relevant en wordt meegenomen in deze evaluatie.
3	Artikel 96 ook van toepassing laten zijn indien een artikel 3- of artikel 34-beroepsbeoefenaar buiten noodzaak binnen diens deskundigheidsterrein handelt. Dit voor zover bedoeld handelen niet past binnen de norm voor (para)medisch handelen	Deze aanbeveling is niet opgevolgd. Dit onderwerp zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.

	Voorstellen uit de eerste evaluatie (verkort weergegeven)	Stand van zaken 1 maart 2013
	(professionele standaard).	
4	Het instellen van een zelfstandig orgaan beroepen in de individuele gezondheidszorg waarin onafhankelijke deskundigen zitting hebben (bijvoorbeeld een ‘College voor de Beroepen’, dat de positie zou kunnen hebben van een ZBO). Een dergelijk orgaan moet voldoende gezaghebbend zijn om proactief relevante ontwikkelingen te signaleren en te adviseren over alle desbetreffende (inhoudelijke) aspecten, zowel ter ondersteuning van zelfregulering door beroepsgroepen als aan de overheid.	Deze aanbeveling is niet opgevolgd. Er is geen zelfstandig orgaan beroepen in de individuele gezondheidszorg ingesteld. Dit onderwerp zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen, waarbij ook gekeken wordt naar de verhouding met het op te richten Zorginstituut Nederland.

Regulier versus alternatief

5	De overheid zou een actiever, direct beleid moeten voeren richting alternatieve behandelaars. Daarbij moet het kaf van het koren worden gescheiden en moet worden onderscheiden tussen complementair en enkel alternatief handelen. Met een helder, objectief en consistent beleid zal het voor de patiënt meer dan nu, duidelijk zijn wat de implicaties van bepaalde keuzes kunnen zijn. Overheidsbemoeienis in andere EU lidstaten (onder meer gericht op opleiding en (wettelijke) erkenning van beroepen en titels) kan daarbij als voorbeeld dienen.	Deze aanbeveling is niet opgevolgd. Het ministerie van VWS heeft bewust van de registratie van alternatieve behandelaars afgezien. Dit onderwerp zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.
6	De overheid moet beleid ontwikkelen gericht op het aanmerken als artikel 34-beroep van die alternatieve beroepen die daarvoor in aanmerking komen. De criteria beroepsuitoefening alternatieve beroepen gezondheidszorg zoals voorgesteld door het LOPAG, zouden door de overheid serieus moeten worden bekeken. Zet de overheid actief stappen die nodig zijn om te komen tot aanwijzing respectievelijk erkenning van opleidingen uit hoofde van artikel 34 Wet BIG, dan kunnen (basis- en) kwaliteitsregisters (inclusief herregistratie) op vrijwillige basis tot stand komen. Een dergelijke aanpak maakt externe toetsing mogelijk, de bijbehorende titel is dan voor de patiënt een herkenbaar keurmerk. Aanmerkelijk voordeel daarvan is dat de desbetreffende beroepen daarmee ook onder het bereik van artikel 40 Wet BIG komen, met annex daaraan de bevelsmogelijkheid van artikel 87a. Een andere minder vergaande gedachte uit de literatuur volgend zou zijn de wet dusdanig te wijzigen dat het begrip verantwoorde zorg in de zin van artikel 40 Wet BIG in samenhang met de bevelsmogelijkheid van artikel 87a Wet BIG van toepassing wordt op be-	Deze aanbeveling is niet opgevolgd. Er is geen beleid gericht op het aanmerken van alternatieve beroepen als artikel 34-beroep ontwikkeld.

	handelaars die opereren binnen het zgn. vrije gebied.	
7	Aanbevolen wordt de Kwaliteitswet zorginstellingen ook van toepassing te verklaren op daarvoor in aanmerking komende instellingen waar alternatieve behandelmethoden worden toegepast en die nog niet onder de werkingssfeer van die wet vallen. De in het kader van die wet jaarlijks verplichte kwaliteitsverslaglegging verschaft dan inzicht in die aspecten die van belang zijn met het oog op verantwoorde zorg. De voorgenomen regelstelling voor de kwaliteitsverslaglegging zou zich mede daarop moeten richten. De sector komt daarmee onder toezicht van de IGZ. Dat neemt niet weg dat, mede gelet op de werklast van de IGZ, ook dan externe certificering een nuttig instrument is.	Deze aanbeveling ziet niet op de Wet BIG.
8	Aanbevolen wordt over te gaan tot uitbreiding van de werkingssfeer van de Wet klachtrecht voor daarvoor in aanmerking komende alternatieve behandelaars (al dan niet in instellingsverband werkzaam). Een van de eisen voor aansluiting bij een alternatieve beroepsvereniging is het hanteren van een klachtregeling. In aansluiting op de voorafgaande voorstellen valt ook te overwegen de werkingssfeer van de Wet Klachtrecht uit te breiden tot de beroepen die onder de erkende respectievelijk geaccrediteerde opleidingen vallen en tot de instellingen die gecertificeerd zijn respectievelijk onder de reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn gebracht.	Deze aanbeveling ziet niet op de Wet BIG.
9	Overwogen moet worden bepaalde risicovolle alternatieve handelingen als voorbehouden aan te merken.	Deze aanbeveling is niet opgevolgd. Er zijn geen alternatieve handelingen als voorbehouden aangemerkt. Dit onderwerp zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen. Het is lastig om voorbehouden handelingen aan niet-geregistreerde alternatieve behandelaars toe te wijzen. Deze discussie raakt ook aan definitiebepaling van individuele gezondheidzorg.
10	Het overheidsbeleid moet voorlichting bieden aan burgers over alternatieve beroepsbeoefenaren. De burger moet door de voorlichting doordrongen worden van de implicaties van diens keuzes, en	Deze aanbeveling is niet opgevolgd. Het onderwerp is nog steeds actueel en zal

Voorstellen uit de eerste evaluatie (verkort weergegeven)	Stand van zaken 1 maart 2013
van het belang voor de eigen gezondheid daarbij te letten op erkende kwaliteitskeurmerken. Voorts is het nuttig en nodig de burger te wijzen op diens rechten uit hoofde van de WGBO, op het actief maken van afspraken over de relatie van de alternatieve behandelaar met de reguliere en op de klachtmogelijkheden.	daarom in deze evaluatie wederom worden meegenomen.

De regeling van beroepen: algemeen

Titelgerechtigden

11 De overheid moet bevorderen dat voor artikel 34-beroepen een enkel registratiesysteem tot stand komt. Dit verhoogt de rechtszekerheid voor de patiënt.	Er is geen gezamenlijk registratiesysteem tot stand gekomen. De registratie van artikel 34-beroepen vindt plaats in verschillende registratiesystemen.
12 Instellingen en verzekeraars zouden gewezen moeten worden op het belang bij het aanstellings- en contracteerbeleid met artikel 34-beroepsbeoefenaren de inschrijving in het Kwaliteitsregister Paramedici als uitgangspunt te nemen.	Verzekeraars nemen de inschrijving in het Kwaliteitsregister Paramedici als uitgangspunt bij het contracteerbeleid met eerstelijns artikel 34-beroepsbeoefenaren. Het beleid in instellingen is een onderwerp in deze evaluatie.

Verandering in takenpakket en ontwikkelingen in opleidingen

13 Om beter te kunnen inspelen op de behoefte de lijst van artikel 3- respectievelijk artikel 34-beroepen aan te passen aan de ontwikkelingen, is voor de artikel 3-beroepen een aanpassing van de huidige zware regeling aangewezen. Door in de wet zelf de criteria voor artikel 3-beroepen vast te leggen, en de toelating (of het schrappen) via AMvB te laten verlopen ontstaat een flexibelere toelatingsprocedure. De huidige in de praktijk gehanteerde criteria die het globale criterium van artikel 34 moeten invullen, zouden (al dan niet in aangepaste vorm) ook in de wet moeten worden vastgelegd.	Deze aanbeveling is niet opgevolgd. De criteria voor artikel 3- respectievelijk artikel 34- beroepen zijn niet vastgelegd in de wet. De toelating van artikel 3-beroepen verloopt nog steeds via de wet, er is dus geen flexibelere toelatingsprocedure. Het onderwerp is nog steeds actueel en zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.
14 De overheid zou beroepsorganisaties op de verantwoordelijkheid	Deze aanbeveling is niet op-

	Voorstellen uit de eerste evaluatie (verkort weergegeven)	Stand van zaken 1 maart 2013
	moeten aanspreken om randvoorwaarden met het oog op verantwoorde zorg te formuleren binnen het deskundigheidsterrein van de beroepsgroep. Dit is temeer van belang bij nieuwe ontwikkelingen in de beroepsuitoefening, vanwege de gevolgen die deze kunnen hebben voor de bekwaamheid op een deskundigheidsterrein dat ingevolge de Wet BIG bij een beschermde titel hoort. De overheid zelf moet tijdig over gaan tot aanpassing van deskundigheidsgebieden, met inbegrip van eventueel voor het verrichten van handelingen op het betreffende gebied geldende voorwaarden en beperkingen. Dit om te voorkomen dat de afstand tussen wet en praktijk zich dusdanig ontwikkelt, dat patiënt en hulpverlener onvoldoende houvast hebben en het doel van de wet onder druk komt te staan. Vanwege de slagvaardigheid die de ontwikkelingen vergen kan dit het beste bij AMvB verlopen.	gevolgd. In hoeverre er samenhang is tussen het deskundigheidsterrein en de medisch professionele standaard is te onderzoeken. Dit laatste is domein van het nieuwe Zorginstituut Nederland. Dit onderwerp zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.
15	Nieuwe praktijken in de beroepsuitoefening met potentiële risico's voor de patiënt zouden niet geïntroduceerd moeten worden nadat daarvoor passende randvoorwaarden zijn geformuleerd (inclusief in de sfeer van opleiding, bij- en nascholing), juridische aspecten (ook wat betreft verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid) zijn geanalyseerd en een en ander door de IGZ is getoetst. De IGZ zou in dit opzicht het signaleren en monitoren van bedoelde nieuwe praktijken in de beroepsuitoefening op zich moeten nemen. De wettelijk ziektekostenverzekeraar zou met een en ander in het contracteerbeleid rekening moeten houden.	Hierbij bestaat samenhang met recente beleid rond de WBMV. In deze evaluatie is het innovatiebeleid een aandachtspunt.
16	In aansluiting hierop is een experimenteel artikel in de Wet BIG aangewezen, om veranderingen in de beroepenstructuur te kunnen monitoren. Dit artikel zou ruimte moeten bieden om met voorbijgaan aan een aantal regels uit de wet nieuwe initiatieven te exploreren op hun waarde.	Deze aanbeveling is opgevolgd. Het experimenteerartikel artikel 36a geldt per 1 januari 2012 en is tot nu toe ingezet om verpleegkundig specialisten en physician assistants tijdelijk handelingen te laten verrichten die eerder slechts voorbehouden waren aan artsen. Zie ook Handreiking Implementatie Taakherschikking (KNMG, NAPA, V&VN, 2012).

De regeling van beroepen: de registers

Art 3-registers

Voorstellen uit de eerste evaluatie (verkort weergegeven)	Stand van zaken 1 maart 2013
17 Meer voorlichting over titelbescherming en (de mogelijkheden van) het BIG-register aan het publiek is gewenst.	Voorlichting van het publiek verloopt via big-register.nl & rijksoverheid.nl. Of een verbetering heeft plaatsgevonden t.o.v. de periode 1997-2002 wordt in deze evaluatie onderzocht.
18 Aanbevolen wordt criteria te formuleren aan de hand waarvan wordt bepaald welke gegevens die thans niet-openbaar worden, dat eventueel wel worden en vice versa. De mogelijkheid zou moeten bestaan dat sommige gegevens geclausuleerd openbaar zijn, zoals het woonadres en opgelegde lichte maatregelen, beide ten behoeve van de tuchtcolleges.	Deze aanbeveling is opgevolgd. Sinds 1 juni 2012 zijn opgelegde maatregelen (behalve de waarschuwing) in het BIG-register terug te vinden. Nog wel een vraagpunt in deze evaluatie is of de tuchtcolleges actief beleid voeren m.b.t. publicatie persoonsgegevens in regionale media.
19 Aanbevolen wordt om in ieder geval het werkadres van de beroepsbeoefenaren in het BIG-register op te nemen en dit een openbaar gegeven te maken.	Deze aanbeveling is niet opgevolgd. Het werkadres is in sommige gevallen opgenomen in het BIG-register. Bij de inschrijving in het BIG-register is het geen verplicht veld.
20 Geautomatiseerde koppelingen tussen bestanden van diverse aan het BIG-register gelieerde instanties (met name de tuchtcolleges en de specialistenregisters) lijkt gewenst.	Dit is op dit moment onduidelijk. In deze evaluatie zal bij het BIG-register worden nagevraagd in hoeverre deze koppeling gerealiseerd is.
21 Aanbevolen wordt om het personeelsbestand van instellingen te koppelen aan het BIG-register. Enerzijds bevordert dit de controle op de inschrijfstatus van beroepsbeoefenaren omdat de (toekomstige) periodieke registratie van de artikel 3-geregistreerden automatisch aan de instellingen wordt doorgegeven, anderzijds kan het CIBG hierdoor opgelegde maatregelen doorgeven aan de in-	Deze aanbeveling is niet opgevolgd. Het personeelsbestand van instellingen is op dit moment niet gekoppeld aan het BIG-register.

	stelling waar de beroepsbeoefenaar werkzaam is.	

Specialismen en specialistenregisters

22	Een specialismenregeling voor verpleegkundigen moet zo spoedig mogelijk tot stand komen.	Deze aanbeveling is opgevolgd. Er is een specialismeregeling voor verpleegkundigen tot stand gekomen.
23	De overheid zou meer bemoeienis moeten hebben bij het instellen van specialistentitels.	Het onderwerp is nog steeds actueel en zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.
24	De relatie tussen specialistenregistratie en basisregistratie in geval van tuchtrechtelijke maatregelen moet nader worden onderzocht, mede in het licht van invoering van periodieke registratie van het basisberoep.	Het onderwerp is nog steeds actueel en zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.

Kwaliteitsregister paramedici

25	Gelet op de verschillende opvattingen over de vraag of voor artikel 34-beroepen al dan niet een wettelijk registratiesysteem zou moeten worden ingevoerd en omdat het Kwaliteitsregister Paramedici (artikel 34-beroepen) in de praktijk nog zijn waarde moet bewijzen, is het aangewezen het functioneren in de praktijk daarvan na ongeveer vijf jaar vanaf het van start gaan van het register te evalueren.	Deze aanbeveling is niet opgevolgd. Het onderwerp is nog steeds actueel en zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.

Controle en toezicht

26	De rechtmatigheid van titelvoering zou zowel door instellingen als verzekeraars structureel gecontroleerd moeten worden.	Dit onderwerp heeft zowel bij instellingen als bij verzekeraars meer aandacht gekregen. Het onderwerp is nog steeds actueel en zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.

Periodieke registratie

27	Het stelsel van periodieke registratie dient zo snel mogelijk voor alle artikel 3-beroepen te worden ingevoerd. Dit zou bij voorkeur	Deze aanbeveling is opgevolgd. Voor alle artikel 3-be-

	Voorstellen uit de eerste evaluatie (verkort weergegeven)	Stand van zaken 1 maart 2013
	op basis van zowel kwalitatieve als kwantitatieve eisen moeten plaatsvinden.	roepen is periodieke registratie ingevoerd. Voor de verpleegkundigen, fysiotherapeuten en verloskundigen is dit vanaf 1 januari 2009 ingegaan. Zij moeten zich vóór 31 december 2013 herregistreren. Voor de andere beroepsgroepen is herregistratie verplicht vanaf 1 januari 2012; zij moeten zich herregistreren vóór 31 december 2016.
28	Voor medisch specialismen dient zo spoedig mogelijk te worden overgegaan tot invoering van kwalitatieve eisen bij periodieke registratie. De overheid zou meer bemoeienis moeten hebben met het periodieke registratiesysteem voor specialismen, bijvoorbeeld door de eisen voor periodieke registratie goed te keuren.	Onbekend in hoeverre deze aanbeveling uitgevoerd is. Het onderwerp is nog steeds actueel en zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen. Sinds 1 januari 2013 zijn verschillende registratiecommissies voor artsen zoals de Medisch Specialisten Registratie Commissie samengevoegd tot één commissie: de Registratie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Kenbaarheid patiënt

29	De beroepsgroepen moeten in hun gedragsregels aandacht besteden aan het feit dat de hulpverlener de patiënt naar behoren dient te informeren over diens hoedanigheid.	Op dit moment is onduidelijk in hoeverre deze aanbeveling is opgevolgd. In hoeverre patiënten door zorgverleners geïnformeerd worden is onderwerp van deze evaluatie.
30	Om misleiding bij het publiek door het gebruik van pseudotitels te voorkomen, zouden beroepsbeoefenaren op briefpapier e.d. de functie c.q. het aandachtsgebied aan moeten geven (voorbeeld: arts in de functie van arbo-arts).	Er is geen wettelijke plicht voor beroepsbeoefenaren om op briefpapier e.d. het aandachtsgebied aan te geven. In de vragenlijst onder beroepsbeoefenaren wordt gevraagd in hoeverre een verwijzing

Voorstellen uit de eerste evaluatie (verkort weergegeven)	Stand van zaken 1 maart 2013
	naar de BIG gebruikt wordt op briefpapier e.d.
31 Invoering van de nieuwe beroepenstructuur GGZ moet gepaard gaan met het verschaffen van een helder beeld aan de patiënt over wat deze van welke beroepsbeoefenaar mag verwachten.	De nieuwe beroepenstructuur GGZ is ingevoerd. Dit onderwerp had daarbij aandacht.
32 Er zou meer voorlichting moeten komen over titelgebruik van artikel 34-beroepen.	Onbekend is in hoeverre deze aanbeveling is opgevolgd.
33 Instellingen zouden via hun website kenbaar moeten maken wie welke functie bekleedt.	Instellingen vermelden op hun website vaker wie welke functie bekleedt.
Europese aspecten	
34 De lacune in de Wet BIG wat betreft beperkende maatregelen die in het buitenland aan in Nederland titelgerechtigden zijn opgelegd, dient te worden weggenomen.	In het BIG-register worden sinds kort ook beperkende maatregelen opgenomen die door de buitenlandse rechter zijn opgelegd. Het onderwerp is nog steeds actueel en zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.
35 De huidige methodiek van onderlinge erkenning van diploma's in Europees (EU) verband leidt niet tot een voldoende niveau (ook gezien het hoge beschermingsniveau van de burger in het EG-Verdrag). Primair zou de toelating van een in een lidstaat (respectievelijk EER land) gekwalificeerde tot beroepsuitoefening in een andere lidstaat ondanks onvoldoende vakinhoudelijk opleiding of gebrek aan onderhoud van vakbekwaamheid of deskundigheid, door de beroepsgroepen (in Europees verband) aangepakt moeten worden. Een krachtige impuls voor het formuleren van Europese eisen zou mogen worden verwacht van het CPME.	Het onderwerp is nog steeds actueel en zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.
36 Vanuit Nederland is een krachtige inzet bij de Europese instanties geboden waarbij wordt uitgegaan van noodzakelijke kwaliteitswaarborgen voor de patiënt. De instelling van een speciale task force Europese beroepen in de gezondheidszorg waarin (ook) deskundigen zitting hebben, lijkt een zinvolle manier om inhoudelijke voorstellen te ontwikkelen die op Europees niveau kunnen worden ingebracht en om kwalitatieve inbreng te garanderen in de discus-	Aanbeveling is niet opgevolgd. Dit onderwerp wordt in deze evaluatie wederom meegenomen.

	Voorstellen uit de eerste evaluatie (verkort weergegeven)	Stand van zaken 1 maart 2013
	sies, ook bij richtlijnvoorstellen.	
37	Hoge prioriteit verdient het tot stand brengen van een goed functionerend EU informatiesysteem over kwalificaties van migrerende beroepsbeoefenaren die in Nederland onder de werking van de Wet BIG vallen, inclusief eventuele beperkingen in hun beroepsuitoefening. Daartoe zal bij de Europese instanties een formeel voorstel ingediend moeten worden.	Aanbeveling is niet opgevolgd. Dit onderwerp wordt in deze evaluatie wederom meegenomen.
	Toetreding buitenlands gediplomeerden	
38	Over invulling en juridische implicaties van supervisie zouden de beroepsorganisaties een landelijk uniform beleid moeten formuleren.	Status onbekend. Het onderwerp is nog steeds actueel en zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.
39	Een buitenlands gediplomeerde zou eerst in het BIG-register geregistreerd moeten worden alvorens een verzoek bij de specialistenregistratiecommissie kan worden ingediend.	Deze aanbeveling is opgevolgd.
	Bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen	
40	Het verdient aanbeveling de huidige lijst van voorbehouden handelingen in enigerlei vorm te handhaven. De lijst kan vaker worden aangepast (aangevuld, opgeschoond, gepreciseerd waar daaraan behoefte blijkt). Om dit te vergemakkelijken dient de lijst bij voorkeur bij AMvB te worden vastgesteld. In de wet zal dan een algemene definitie van voorbehouden handelingen opgenomen kunnen worden, waardoor het basiscriterium voor aanwijzing op wetsniveau tot uitdrukking kan komen.	De aanbeveling is niet opgevolgd. De lijst met voorbehouden handelingen is nog steeds opgenomen in de wet. Het onderwerp zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.
41	Een knelpunt betreft de aanwijzing van zelfstandig bevoegden (in artikel 36) respectievelijk functioneel zelfstandigen ten aanzien van de uitvoering (op grond van artikel 39). In elk geval is (snellere) aanpassing aan zich wijzigende omstandigheden geboden. Flexibilisering van de huidige wettelijke regeling is wenselijk. De deskundigheidsgebieden van de in de Wet BIG (artt. 3 respectievelijk 34) geregelde beroepen kunnen nader uitgewerkt worden (en gedifferentieerd naar specialisatie). Dit om daarin zoveel mogelijk aan te geven tot welke risicovolle handelingen men (al dan niet onder bijkomende voorwaarden) in beginsel bekwaam mag worden geacht, hetzij in de zin van het op eigen gezag mogen verrichten, hetzij in de zin van zelfstandige uitvoering. Voorgesteld	Status onbekend. Dit onderwerp zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.

	wordt deze aanpak ten aanzien van enkele beroepen ter hand te nemen en de uitkomst tussentijds te evalueren om te zien of deze werkbaar is. Mocht het werkbaar blijken, dan zou dat ook consequenties hebben voor de artikelen 36 en 39 die in deze benadering uiteindelijk geen eigen functie meer zouden hebben. Een andere consequentie van deze aanpak zou zijn dat de nu nog in de wet zelf opgenomen deskundigheidsgebieden (van artikel 3-beroepen) daaruit verdwijnen en op een ander (lager) niveau van regeling worden vastgelegd (zie in dit verband ook het voorgestelde in paragraaf 5.2.2).	
42	De opdracht tot voorbehouden handelingen kent verschillende verschijningsvormen en uitvoeringsvormen. Aanbevolen wordt dat de wet ook ruimte biedt voor meer generieke opdrachten (niet alleen gericht op een specifieke opdrachtnemer resp. niet alleen gericht op de actuele situatie van de patiënt). Dat impliceert dat bij vaststelling van de bekwaamheid kan worden afgegaan op de gevolgde opleiding c.q. een door de desbetreffende instelling afgegeven bekwaamheidsverklaring (hetgeen overigens ook nu al gebeurt). Verder dienen de randvoorwaarden die aan uitvoering van voorbehouden handelingen gesteld worden, afhankelijk te zijn van de concrete situatie. Dat betekent dat (duidelijker dan nu het geval is) op wetsniveau slechts bepaald wordt dat voldaan moet zijn aan eisen die gelet op de hoedanigheid van de uitvoerder, de handeling in kwestie en de overige omstandigheden, aan de uitvoering redelijkerwijs te stellen zijn, en dat de invulling van een en ander dient plaats te vinden door zelfregulering.	De regeling van opdrachtverlening maakt onderdeel uit van deze evaluatie. De commissie Gevers heeft recent de regeling van artikel 35-39 heroverwogen, hieruit zijn enkele nieuwe aanbevelingen naar voren gekomen.
43	Aanbevolen wordt het kennisniveau te verbeteren door aan de Wet BIG, zeker voor wat betreft het onderdeel voorbehouden handelingen, meer aandacht te besteden in de opleiding. Ook betere voorlichting over dit onderdeel ligt voor de hand; daarin ligt zowel een taak voor de overheid als voor beroepsorganisaties en instellingen. Daarnaast wordt gepleit voor een actievere handhaving, d.w.z. dat de IGZ niet slechts in actie komt na calamiteiten. Het OM dient beter in staat en bereid te zijn om waar nodig tot vervolging over te gaan.	Er wordt onderzocht in hoeverre deze voorlichting heeft plaatsgevonden. De IGZ heeft een actieve handhavingstaak. Zie rapporten Steenhoven /Sorgdrager. Ombudsman.
44	Het hierboven eerder genoemde ‘College voor de Beroepen’ zou ook in het kader van de hierboven bepleitte flexibilisering van de regeling inzake voorbehouden handelingen een zinvolle rol kunnen spelen, onder meer waar het betreft het bijhouden van de lijst van voorbehouden handelingen en het identificeren van risicovolle	De aanbeveling is niet opgevolgd.

handelingen die aan vergelijkbare regels zouden moeten worden onderworpen. Ook zou het een belangrijke sturende functie kunnen hebben bij de uitwerking van deskundigheidsgebieden en bij de totstandkoming van zelfregulering waar die aan het wettelijk kader nader invulling moet geven.

Artikel 40 Kwaliteitsbepaling

45	Artikel 40 van de Wet BIG kan in zijn huidige vorm worden gehandhaafd. Er is geen aanleiding tot aanpassing, dan wel tot verdere afstemming met of zelfs integratie in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Ook het handhavingsinstrumentarium behoeft geen aanvulling.	Het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) beoogt artikel 40 van de Wet BIG, over te hevelen naar de Wcz. Recent gewijzigd naar het wetsvoorstel Wkkgz.
46	Wel is gewenst dat duidelijkheid wordt geschapen over de strekking van de hoofdverplichtingen van artikel 40 (zie hierboven) en dat de IGZ haar handhavingsbeleid navenant inhoud geeft.	Er wordt op dit moment door de minister uitvoering gegeven aan de aanbeveling. Het voornemen van de minister van VWS is om de WCZ te splitsen in afzonderlijke segmenten.
47	Tenslotte wordt aanbevolen dat in opleiding en bij- en nascholing aandacht wordt besteed aan de algemene verplichtingen van solistisch werkzame beroepsbeoefenaren inzake (zorg voor) kwaliteit.	Deze aanbeveling is niet opgevolgd. De onderwijscapaciteit ten aanzien van dit onderwerp is teruggebracht

Tuchtrecht en maatregelen vanwege ongeschiktheid

Aantal en aard klachten

48	Er dient meer voorlichting te worden gegeven aan burgers over het doel en functioneren van het wettelijk tuchtrecht, met name ten aanzien van de 'nieuwe' beroepsgroepen.	Deze aanbeveling is niet opgevolgd.

Rol inspectie voor de Gezondheidszorg

49	Gezien de geconstateerde daling van het reeds betrekkelijk lage aantal door de IGZ ingediende klachten en de door de IGZ in dit verband gesignaleerde werkdruk, is nadere verduidelijking gewenst van de taak en verantwoordelijkheid van de IGZ als klager in	Deze aanbeveling is nog steeds actueel. Er worden nog steeds weinig klachten door de IGZ ingediend bij de tucht-

Voorstellen uit de eerste evaluatie (verkort weergegeven)		Stand van zaken 1 maart 2013
	tuchtzaken.	colleges. Zie onder andere rapporten Steenhoven /Sorgdrager. Ombudsman.
Toegang tuchtrechtspraak		
50	Brede steun vindt de gedachte dat de klager, alvorens een klacht in te dienen bij het tuchtcollege, deze dient te bespreken met de betrokken hulpverlener. Dit leent zich niet goed voor een wettelijke verplichting, maar door voorlichting kunnen klagers en beroepsbeoefenaren op het belang van het voortijdig samen bespreken van een klacht kunnen worden gewezen.	Deze aanbeveling is nog steeds actueel. Dit onderwerp wordt meegenomen in deze evaluatie.
51	Het valt te overwegen om de onder de Medische Tuchtwet bestaande vorm van compensatie door middel van toekenning van een kostenvergoeding uit 's-Rijks Kas opnieuw te introduceren.	Deze aanbeveling is niet opgevolgd.
Tuchtnormen		
52	Gezien de jurisprudentie van het centrale tuchtcollege is verduidelijking nodig van de tweede tuchtnorm die in artikel 47 is opgenomen, omdat ook in de literatuur tot dusverre is aangenomen dat die norm juist ruimte biedt om de meer bedrijfsmatige kant van de beroepsuitoefening door de geregistreerde aan het tuchtrecht te onderwerpen. Bij de verduidelijking van de in artikel 47 lid 1 sub b opgenomen tuchtnorm kan gebruik worden gemaakt van het voorstel van de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid om bepaalde door de minister van Volksgezondheid aan te wijzen werkzaamheden gelijk te stellen met handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg.	Er is enige verduidelijking van de tweede tuchtnorm. Het Centraal Tuchtcollege heeft drie uitspraken hierover gedaan. De tweede tuchtnorm is onderwerp van onderzoek in deze tweede evaluatie.
Vooronderzoek		
53	Aanbevolen wordt de regeling van het vooronderzoek zo te wijzigen dat, indien de klacht niet op een zitting zal worden behandeld, de vooronderzoeker de klager en degene over wie is geklaagd altijd in de gelegenheid stelt te worden gehoord. Indien echter vaststaat dat de zaak wel op een zitting zal worden behandeld is voldoende dat de vooronderzoeker de mogelijkheid heeft klager en degene over wie is geklaagd in de gelegenheid te stellen om te worden gehoord, zonder dat sprake is van een verplichting daartoe.	Aanbeveling is opgevolgd.

Voorstellen uit de eerste evaluatie (verkort weergegeven)		Stand van zaken 1 maart 2013
54	In artikel 66 lid 7 zou niet alleen een verbod aan de vooronderzoeker moeten inhouden om deel te nemen aan de behandeling van de zaak 'op de terechtzitting', maar ook aan het beraad in raadkamer.	Aanbeveling is niet opgevolgd.
55	Het verdient aanbeveling de verschijningsplicht van de aangeklaagde beroepsbeoefenaar opnieuw in te voeren en voorts te voorzien in de mogelijkheid van incidenteel appèl.	Deze aanbeveling is niet opgevolgd. Dit onderwerp zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.
56	Verder is het van belang dat wordt overgegaan tot wijziging van artikel 74 lid 1 in die zin dat het centrale tuchtcollege over de mogelijkheid kan beschikken om, op voorstel van de voorzitter, kennelijk ongegronde zaken buiten zitting af te doen.	De inhoud van deze aanbeveling is opgevolgd, het CT beschikt nu over deze mogelijkheid. Het is echter niet in de wettekst opgenomen.
Samenstelling tuchtcolleges en inschakelen deskundigen		
57	Teneinde het inhoudelijk-professioneel draagvlak van de tuchtrechtelijke beslissingen te vergroten verdient het aanbeveling om het aantal beroepsgenoten in het regionaal tuchtcollege uit te breiden. In verband met de onafhankelijkheid (volgens EVRM-rechtspraak) verdient het overweging ook de leden-juristen van het centrale tuchtcollege voor het leven te benoemen.	Deze aanbeveling is niet opgevolgd.
58	In de Wet BIG dient een zodanige waarborg te worden neergelegd dat verzekerd is dat de discipline/hoofdspecialisatie van de persoon op wie de klacht betrekking heeft ook door een actieve beroepsbeoefenaar aanwezig is in het college dat over de klacht oordeelt. Daarnaast dient, bij de mededeling van de samenstelling van het college, aan partijen tevens bericht te worden gegeven van de discipline/hoofdspecialisatie van de leden-beroepsgenoot die aan de behandeling van de klacht deelnemen.	Deze punten van aanbeveling zijn niet in de wet opgenomen, maar het gebeurt wel steeds meer in de praktijk.
59	Er is steun voor een zodanige regeling van benoeming en ontslag van leden van de tuchtcolleges dat voldoende voeling met de praktische beroepsuitoefening is verzekerd. Daarom verdient het aanbeveling om de regeling van benoeming zo in te richten dat leden-beroepsgenoten uiterlijk 1 à 2 jaar na feitelijke beëindiging van de beroepspraktijk het lidmaatschap van het tuchtcollege neerleggen.	In hoeverre deze aanbeveling is opgevolgd, is niet bekend. Dit zal in deze evaluatie onderzocht worden.

	Voorstellen uit de eerste evaluatie (verkort weergegeven)	Stand van zaken 1 maart 2013
60	Voor leden van de tuchtcolleges dient het afleggen van de eed of belofte te worden geïntroduceerd.	Deze aanbeveling is niet opgevolgd.
61	De noodzaak tot het inschakelen van deskundigen kan worden beperkt door de ledenberoepsgenoot van het regionaal tuchtcollege van rechtswege plaatsvervanger te laten zijn bij de andere colleges. Het over en weer inschakelen van op een bepaald terrein gespecialiseerde leden wordt daarmee bevorderd. Bovendien wordt het hierdoor eenvoudiger om de leden-beroepsgenoten met bepaalde specialismen ad hoc uit te wisselen tussen de colleges.	Aanbeveling is opgevolgd.
62	Het is van belang om in de wet een procedure inzake schriftelijke opdrachten aan deskundigen op te nemen en de nadere uitwerking daarvan te voorzien in het Tuchtrechtbesluit. Hiervoor kan aansluiting worden gezocht bij de regeling van het deskundigenbericht in het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering.	Aanbeveling is niet opgevolgd. Dit onderwerp zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.
63	Aanbeveling verdient de instelling van een 'deskundigenbank', die door tuchtcolleges, klagers en betrokken beroepsbeoefenaren kan worden geraadpleegd.	Aanbeveling is niet opgevolgd. Dit onderwerp zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.
	Spoedprocedure	
64	Het verdient aanbeveling om aan het zeer beperkte gebruik van de spoedprocedure aandacht te schenken in samenhang met hetgeen hierboven is opgemerkt over de rol van de IGZ in het kader van de kwaliteitshandhaving door middel van tuchtrechtelijke toetsing.	Deze aanbeveling is gedeeltelijk opgevolgd. De spoedprocedure wordt sporadisch gebruikt. Het onderwerp is nog steeds actueel en zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.
	Openbaarheid	
65	Het verdient aanbeveling dat de tuchtcolleges over het publicatiebeleid ten aanzien van tuchtrechtelijke beslissingen gezamenlijk een gedragslijn ontwikkelen. Voorts dienen alle tuchtcolleges zich te houden aan de wettelijke verplichting tot het opstellen van een jaarverslag en daarbij op onderling vergelijkbare wijze inzicht te geven in het functioneren.	Niet bekend is in hoeverre de tuchtcolleges een gezamenlijke gedragslijn hebben ontwikkeld ten aanzien van het publicatiebeleid. Het tweede punt is wel opgevolgd; de vijf regionale tuchtcolleges en het Centraal Tuchtcollege stellen jaarlijks een gezamenlijk jaar-

		verslag op.

Maatregelen en tenuitvoerlegging

66	Een zuiverder normstelling zal worden bevorderd indien in het tuchtrecht voor de gezondheidszorg de mogelijkheid wordt geïntroduceerd van gegrondverklaring zonder toepassing van een maatregel, analoog aan de mogelijkheid die bestaat in artikel 9a Wetboek van Strafrecht. Indien de gegrondverklaring zonder oplegging van een maatregel als sanctiemodaliteit wordt geïntroduceerd, dient tevens te worden bepaald of partijen tegen deze maatregel hoger beroep kunnen instellen.	Deze aanbeveling is niet in de wet opgenomen, maar wel in praktijk gebracht.
67	Het is van belang dat de minister van VWS inhoud geeft aan het voorschrift dat is opgenomen in artikel 48 lid 5 door een regeling te geven voor de tenuitvoerlegging van de (voorwaardelijke) schorsing en doorhaling van een inschrijving.	In hoeverre deze aanbeveling is opgevolgd, is onbekend. De rol van de IGZ bij de tenuitvoerlegging van maatregelen is voorwerp van onderzoek.
68	Invoering van betekening van beslissingen die een beperking inhouden van de beroepsuitoefening kan de gewenste helderheid brengen omtrent het aanvangstijdstip van een dergelijke tuchtrechtelijke maatregel en voorts bijdragen aan effectief toezicht daarop.	In hoeverre deze aanbeveling is opgevolgd, is onbekend. Dit onderwerp zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.
69	Het verdient aanbeveling om in het BIG-register het werkadres op te nemen van de beroepsbeoefenaar aan wie een schorsing, gedeeltelijke ontzegging of doorhaling is opgelegd, zulks in verband met informatie aan werkgever/instelling.	Deze aanbeveling is niet opgevolgd. Dit onderwerp zal in deze evaluatie wederom worden meegenomen.

College van Medisch Toezicht

70	Gezien het grote belang dat is gemoeid met snel en adequaat optreden in geval van een op grond van lichamelijke of geestelijke gesteldheid disfunctionerende hulpverlener, dient het regionale tuchtcollege de mogelijkheid te krijgen tot verwijzing naar het CMT, dan wel moet worden nagegaan of een systeem de voorkeur verdient waarbij de beoordeling van geestelijke of lichamelijke geschiktheid van een hulpverlener wordt ondergebracht bij een kamer van ieder regionaal tuchtcollege. Het voordeel daarvan is dat de nu bestaande drempels worden weggenomen en tegemoet wordt gekomen aan het bezwaar dat het in de huidige regeling gemaakte onderscheid tussen klacht en signalen over disfunctio-	Uitvoering van deze aanbeveling loopt nog. Bij de komende wijziging van het tuchtrecht zal de rol van het CMT worden meegenomen.

	neren vaak als kunstmatig wordt ervaren.	

Strafbepalingen

71	Het tuchtrecht als voortraject voor civiel- of strafrecht dient tegengegaan te worden. Het leidt tot ongewenst 'winkelen' van bepaalde patiënten, die verwachten bewijsmateriaal voor een mogelijk civiele of strafrechtelijke procedure te vergaren.	Dit is geen onderdeel van deze evaluatie.
72	Voor zover de terughoudendheid van het OM bij het vervolgen het gevolg is van het onvoldoende 'gevoed worden' door de IGZ dient de samenwerking tussen het OM en de IGZ te worden verbeterd.	Aanbeveling is gedeeltelijk opgevolgd. Er is een nieuw samenwerkingsprotocol. Dit onderwerp zal in deze evaluatie wederom meegenomen worden.

Bijlage 5

Methodologische verantwoording

Inleiding

Voor het empirisch onderzoek is gebruik gemaakt van een aantal verschillende onderzoeksmethoden. Om te beginnen heeft een uitgebreid vragenlijstonderzoek plaatsgevonden onder beroepsbeoefenaren, zorginstellingen, consumenten, leden van de tuchtcolleges en advocaten. Hierbij is gebruik gemaakt van gestructureerde vragenlijsten met voornamelijk gesloten vragen. In de formulering van vragen en afzonderlijke items is zoveel mogelijk aangesloten bij de vraagstelling uit de eerste evaluatie. Dit om de vergelijkbaarheid van de gegevens te garanderen. De vragenlijsten voor de enquête onder beroepsgroepen zijn in concept voorgelegd aan de begeleidingscommissie en aan een groep adviseurs die werkzaam zijn in de betreffende beroepsgroepen. De adviezen en opmerkingen van deze groep zijn gebruikt om de vragenlijst verder aan te scherpen. De gehanteerde vragenlijsten zijn opgenomen in Bijlage 6.

Naast de enquêtegegevens is gebruik gemaakt van verschillende kwantitatieve gegevens uit secundaire bronnen, zoals opgaven van het CIBG, het Openbaar Ministerie, de Tuchtcolleges van de Gezondheidszorg en andere bronnen. Ook is gebruik gemaakt van kwantitatieve gegevens uit de bestaande onderzoeksliteratuur, waarbij in het bijzonder de empirische gegevens uit de eerste evaluatie genoemd dienen te worden.

Naast de kwantitatieve methoden is uitgebreid gebruik gemaakt van kwalitatieve methoden, zoals documentstudie, diepteinterviews met betrokkenen en sleutelinformanten en semi-gestructureerde vragenlijsten. Deze laatste methode is gebruikt om de opvattingen van verschillende organisaties te peilen. De literatuurlijst bevat een overzicht van de geraadpleegde literatuur. Bijlage 7 bevat een overzicht van de geïnterviewde personen. Bijlage 8 bevat een overzicht van de organisaties die hebben gereageerd op de semi-gestructureerde vragenlijst.

Ten slotte is een *invitational conference* georganiseerd. Het doel van de invitational conference is om te komen tot een inhoudelijke reflectie op de voornaamste onderzoeksbevindingen. In Bijlage 8 is een overzicht van de deelnemers van de conferentie opgenomen.

Vragenlijstonderzoek beroepsgroepen

Voor het empirisch onderzoek is een groot aantal vragenlijsten onder BIG-geregistreerde zorgverleners verspreid. Het gaat om vijf beroepsgroepen zoals in artikel 3 Wet BIG bedoeld, drie specialismen zoals in artikel 14 Wet BIG bedoeld en vijf beroepsgroepen zoals in artikel 34 Wet BIG bedoeld. In deze paragraaf staat centraal welke keuzes zijn gemaakt ten aanzien van de beroepsgroepen en specialismen. Achtereenvolgens is weergegeven welke algemene principes zijn gehanteerd bij deze keuze (5.2.1), welke beroepsgroepen en specialismen zijn gekozen (5.2.2) en de organisatie van de dataverzameling (5.2.3).

Selectie beroepsgroepen

De volgende algemene principes zijn gehanteerd bij de keuze van de te benaderen beroepsgroepen:

- beroepsgroepen die te maken hebben met voorbehouden handelingen moeten voldoende zijn vertegenwoordigd;
- de gekozen specialistengroepen moeten substantieel te maken hebben met tuchtrecht (dat is bijvoorbeeld bij de beroepsgroep 'arts' het specialisme huisartsgeneeskunde);
- de grootte van de beroepsgroep (of een specialisme binnen een beroepsgroep) speelt ook een rol. Om de beroepsgroepen niet te overbelasten, is gekeken naar het aantal beroepsbeoefenaren per beroepsgroep. Daarnaast moet een beroepsgroep een minimale omvang van ca. 500 personen hebben om de gewenste respons te kunnen realiseren.

Er is een keuze gemaakt voor de volgende beroepsgroepen en specialismen.

- Beroepsgroepen artikel 3
  - Gezondheidszorgpsycholoog
  - Verpleegkundige
  - Arts
  - Verloskundige
  - Tandarts
- Specialismen artikel 14
  - Huisartskunde
  - Heelkunde (chirurgie)
  - Gynaecologie
  - Verpleegkundig specialist
- Beroepsgroepen artikel 34
  - mondhygiënist
  - klinisch fysicus

Bij de beroepsgroepen artikel 3 is gekozen voor de beroepen die het meeste in aanraking komen met voorbehouden handelingen. Daarnaast is de gezondheidszorgpsycholoog meegenomen in het onderzoek omdat bij deze beroepsgroep de meeste relevante ontwikkelingen spelen. Bij de keuze voor specialismen is gekozen voor de huisarts vanwege de substantiële betrokkenheid bij het tuchtrecht.

Voor het specialisme heelkunde is gekozen omdat dit specialisme in de praktijk samen werkt met beroepsgroepen die nog niet in de Wet BIG zijn opgenomen, maar daar wellicht wel voor in aanmerking komen, zoals de perfusionisten. Het specialisme gynaecologie is gekozen zodat een vergelijking mogelijk is met de verloskundigen. De beroepsgroep "verpleegkundige specialisten" ten slotte is gekozen, omdat er voor deze groep veel veranderd is door de toegenomen taakherschikking en het opnemen van het experimenteerartikel in de Wet BIG. Ten slotte is gekozen voor deze groepen, omdat het in alle gevallen gaat om een grote groep medici, waardoor het trekken van een steekproef goed mogelijk is en de beroepsgroepen niet onevenredig worden belast.

Bij de beroepsgroepen artikel 34 is gekozen voor beroepsgroepen waarbij een vergelijking kan plaatsvinden met één van de andere gekozen beroepsgroepen ex artikel 3 of één van de gekozen specialismen. De mondhygiënist kan vergeleken worden met de tandarts. De klinisch fysicus leent zich voor een vergelijking met het specialisme heelkunde (chirurgie). Daarnaast kunnen de uitkomsten van de vragenlijst onder mondhygiënisten ook vergeleken worden met de eerste evaluatie, omdat deze beroepsgroep toen ook bevraagd is.

Steekproefkader

De steekproef onder artikel 3 en artikel 14 beroepen is getrokken op basis van gegevens uit het BIG-register. Ten behoeve van de enquête zijn de benodigde gegevens van het CIBG verkregen. Alle BIG-geregistreerde zorgverleners in de betreffende beroepsgroepen met een Nederlands adres en een geboortedatum na 31 december 1947 zijn in het onderzoek meegenomen.

Bij het bepalen van de omvang van de steekproef is gerekend met een responspercentage van ongeveer 50%, een foutmarge van 5%, een betrouwbaarheidsniveau van 95% en spreiding kenmerken van 50%. De steekproef onder verpleegkundigen is een factor 2,5 keer groter gekozen om nader onderscheid naar werksituatie binnen deze groep mogelijk te maken. De onderstaande tabel geeft een overzicht van de omvang van de deelpopulaties en steekproeven. De steekproeven zijn enkelvoudig aselect getrokken met behulp van SPSS.

De gegevens van de artikel 34 beroepsgroepen zijn verkregen van de beroepsorganisaties. Voor de klinisch fysici gaat het om Stichting Opleiding Klinisch Fysicus (Stichting OKF). Voor de mondhygienisten gaat het om de Nederlandse Vereniging van Mondhygiensten (NVM).

Tabel 1: Populatie en steekproef beroepsgroepen enquête

	Populatie	Steekproef
Arts, geen specialisme (art. 3)	38.507	750
Verpleegkundige, geen specialisme (art. 3)	269.148	4.000
Verpleegkundig specialist (art. 14)	1.042	600
Gezondheidszorgpsycholoog (art. 3)	14.366	750
Verloskundige (art. 3)	4.507	750
Tandarts (art. 3)	13.085	750
Huisarts (art. 14)	11.823	750
Gynaecoloog (art. 14)	1.059	600
Chirurg (heelkunde) (art. 14)	1.351	600
Mondhygienist (art. 34)	1.528	600
Klinisch fysicus (art. 34)	342	integraal benaderd

Aanschrijving en rappel

De artikel 3 beroepsgroepen en artikel 14 specialismen zijn in maart 2013 per brief uitgenodigd om een afgeschermde internetenquete in te vullen. De brief bevatte een toelichting op het doel van het onderzoek, het internetadres van de vragenlijst en een unieke inlogcode. Tevens is bij de uitnodiging een aanbevelingsbrief van ZonMw en een aanbevelingsbrief van de KNMG en/of een relevante beroepsorganisatie gevoegd. In totaal is met tussenpozen van ruim drie weken tweemaal een rappel verzonden, waarin respondenten die tot dan toe de vragenlijst niet hadden ingevuld is verzocht de lijst alsnog in te vullen. De artikel 34 beroepen zijn in dezelfde periode op vergelijkbare wijze per e-mail benaderd. Ook zij hebben maximaal twee maal een rappel ontvangen.

Respons

In totaal zijn 10.490 beroepsbeoefenaren benaderd. In totaal kwamen 38 brieven en e-mails onbestelbaar retour en 56 beroepsbeoefenaren weigerden deelname aan de enquête. Zo`n 4.547 mensen hebben de vragenlijst deels of geheel ingevuld. Van deze groep bleken 443 vragenlijsten om verschillende redenen niet bruikbaar. Deze zijn tijdens de fase van datacleaning verwijderd. Dit ging om vragenlijsten waar maar een of enkele vragen waren ingevuld en om respondenten die niet tot de doelgroep behoorden, omdat zij niet meer werkzaam in het beroepsveld waren. Uiteindelijk levert dit een bestand op van 4.104 bruikbare vragenlijsten. Het nettoresponspercentage bedraagt hiermee in totaal 39%. Er zit verschil in de responspercentages voor de verschillende beroepsgroepen. De respons onder de groep klinisch fysici was met 62% het hoogst. De respons onder de groep huisartsen met 25% het laagst. De onderstaande tabel geeft een overzicht van de respons voor de verschillende beroepsgroepen.

Tabel 2: Responsoverzicht beroepsgroepen enquête

	steekproef	bruto respons	onbestel-baar	weigering	data-cleaning	netto respons	respons percentage
Mondhygienist	600	259	14	12	12	247	43%
Klinisch fysicus	340	230	0	3	19	211	62%
Arts	750	284	4	2	19	265	35%
Gynaecoloog	600	244	2	2	17	227	38%
GZ-psycholoog	750	384	5	3	15	369	49%
Heelkundige	600	211	0	0	17	194	32%
Huisarts	750	218	1	3	32	186	25%
Tandarts	750	307	3	1	22	285	38%
Verloskundige	750	346	2	6	45	301	40%
Verpleegkundig specialist	600	337	1	0	3	334	56%
Verpleegkundige	4.000	1.727	6	24	242	1.485	37%
totaal	10.490	4.547	38	56	443	4.104	39%

Responsanalyse

Er is een responsanalyse uitgevoerd naar leeftijd en geslacht. Hierbij is gekeken of er aanwijzingen zijn te veronderstellen dat de respons op systematische wijze is vertekend. Hier zijn geen aanwijzingen voor gevonden. De verdeling naar leeftijd en geslacht van de respondenten komt vrij nauwkeurig overeen met de verdeling naar leeftijd en geslacht in de steekproef. Voor enkele beroepsgroepen geldt dat de oudere groep respondenten iets sterker is vertegenwoordigd in de responsgroep dan in de steekproef.

Vragenlijstonderzoek instellingen

In april/mei 2013 is een internetenquête uitgevoerd onder verschillende typen zorginstellingen. In totaal zijn 1178 instellingen aangeschreven per brief.

Selectie en steekproefkader instellingen

Hieronder is een overzicht opgenomen van de selectie en steekproef van de zorginstellingen die aangeschreven zijn.

Tabel 3: Steekproefkader instellingen enquête

Instelling	Aantal (hoofd)vestigingen	Aangeschreven
Verpleeghuizen	891	Steekproef: 250
Ziekenhuizen	117	Alle hoofdvestigingen
GGD instellingen	31	Alle hoofdvestigingen
Thuiszorginstellingen	171	Alle hoofdvestigingen
Instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking	107	Alle hoofdvestigingen
Psychiatrisch ziekenhuis	28	Alle hoofdvestigingen
GGZ instellingen zonder psychiatrisch ziekenhuis	195	Alle hoofdvestigingen
Particuliere klinieken	279	Alle vestigingen

Verpleeghuizen

Bij de inventarisatie van verpleeghuizen is gebruik gemaakt van de gegevens van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) die staan op www.kiesbeter.nl. KiesBeter.nl wordt gemaakt door het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS. In totaal stonden er 891 verpleeghuizen vermeld op de site (april 2013). Dit aantal bevat hoofdvestigingen, nevenvestigingen en aanleunwoningen. Bij het bepalen van de definitieve omvang van de steekproef is gerekend met een responspercentage van 50%, een foutmarge van 5%, een betrouwbaarheidsniveau van 95% en spreiding kenmerken van 50%. De omvang van de steekproef is 250.

Ziekenhuizen

Bij de inventarisatie van ziekenhuizen is gebruik gemaakt van de gegevens van het RIVM die in april 2013 stonden op www.zorgatlas.nl. De Nationale Atlas Volksgezondheid wordt gemaakt door het Centrum Gezondheid en Maatschappij (CGM) van het RIVM. Op de lijst stonden zowel hoofdvestigingen als nevenvestigingen. Daaruit zijn alle hoofdvestigingen gefilterd. Indien niet duidelijk was welke vestiging de hoofdvestiging was zijn alle vestigingen aangeschreven.

GGD

Alle GGD instellingen die in april 2013 vermeld stonden op de website van de GGD zijn aangeschreven.

Thuiszorginstellingen en instelingen voor mensen met een verstandelijke beperking

Bij de inventarisatie van thuiszorginstellingen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking is gebruik gemaakt van de overzichten van zorgkaart Nederland (www.zorgkaartnederland.nl). Alle vestigingen die in april 2013 vermeld stonden als hoofdvestiging zijn aangeschreven.

Instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg

Bij de inventarisatie van instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ instellingen) is gebruik gemaakt van verschillende bronnen. In totaal stonden er 123 hoofdvestigingen van GGZ Nederland op de website van de GGZ (april 2013). Deze adressen zijn aangevuld met de hoofdvestigingen toegelaten instellingen volgens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).[473] Hierbij is gekozen voor alle hoofdvestigingen die worden getoond wanneer er bij 'soort instelling' voor 'GGZ Instelling' wordt gekozen. Dat leverde 107 nieuwe adressen op omdat niet alle GGZ adressen op de WTZI lijst stonden.

Particuliere klinieken

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op alle zelfstandige behandelcentra (ZBC's) met een WTZi-toelating die verzekerde zorg leveren, privé-klinieken en klinieken voor de mondzorg. In het kader van de Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidwetgeving (WUBHV) zijn alle particuliere klinieken verplicht zich te registreren in het zorgregister. Deze lijst is gebruikt om respondenten aan te schrijven. Hierbij is er voor gekozen om alle ingeschreven klinieken te benaderen omdat niet duidelijk was welke vestigingen hoofdvestiging of nevenvestiging was.

Aanschrijving en rappel

De instellingen zijn in mei 2013 per brief uitgenodigd om een afgeschermde internetenquête in te vullen. De brief bevatte een toelichting op het doel van het onderzoek, het internetadres van de vragenlijst en een unieke inlogcode. Tevens is bij de uitnodiging een aanbevelingsbrief van ZonMw toegevoegd. In totaal is met tussenpozen van ruim twee weken tweemaal een rappel verzonden, waarin respondenten die tot dan toe de vragenlijst niet hadden ingevuld is verzocht de lijst alsnog in te vullen. Daarnaast heeft een telefonisch rappel plaats gevonden.

Respons

In totaal zijn 1178 instellingen benaderd. In totaal kwamen 25 brieven onbestelbaar retour. Daarvan bleken 4 instellingen niet meer te bestaan. Daarnaast zijn veel instellingen de laatste jaren samen gaan werken in een concern verband of onderdeel geworden van een grotere instelling. In totaal hebben 8 instellingen aangegeven dat ze meerdere brieven hebben ontvangen op verschillende locaties. In de meeste gevallen ging het om twee of drie brieven per instelling. Zo`n 368 instellingen hebben de vragenlijst deels of geheel ingevuld. Van deze groep bleken 69 vragenlijsten niet bruikbaar. Deze zijn tijdens de fase van datacleaning verwijderd. Dit ging om vragenlijsten waar maar een of enkele vragen waren ingevuld. Uiteindelijk levert dit een bestand op van 299 bruikbare vragenlijsten. Het nettoresponspercentage bedraagt hiermee in totaal 26%. De respons onder de ziekenhuizen was met 51% het hoogst. De respons onder de groep privéklinieken was met 12% het laagst, maar daarbij

473 Instellingen die AWBZ-zorg leveren aan personen met een indicatie voor AWBZ-zorg of zorg in het kader van de Zvw, moeten een toelating op grond van de WTZi hebben.

geldt wel de kanttekening dat veel instellingen dubbel zijn aangeschreven. De onderstaande tabel geeft een overzicht van de respons voor de verschillende beroepsgroepen.

Tabel 4: Responsoverzicht instellingen enquête

Instelling	Benaderd	Bruto respons	Netto respons	Respons percentage
Verpleeghuizen	250	50	50	20%
Ziekenhuizen	117	65	60	51%
GGD instellingen	31	16	15	48%
Thuiszorginstellingen	171	63	44	26%
Instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking	107	48	42	39%
GGZ instellingen	223	77	55	25%
Particuliere klinieken	279	49	33	12%

Vragenlijstonderzoek tuchtcolleges en advocaten

Selectie adresbestanden

Tuchtcolleges

De adreslijsten van de leden van de Regionale Tuchtcolleges en het Centraal Tuchtcollege zijn verkregen via het secretariaat van het Centraal Tuchtcollege en de secretarissen van de Regionale Tuchtcolleges. De onderzoekspopulatie bestond uit alle leden van de Regionale Tuchtcollege`s en het Centraal Tuchtcollege, die in de afgelopen drie jaar minimaal één zaak per jaar hebben behandeld. Tuchtcollegeleden die niet aan dit criterium voldeden zijn niet meegenomen in het onderzoek. Het ging om 78 tuchtcollegeleden. De selectie van de adressenbestanden is gemaakt door de tuchtcolleges.

Advocaten

De onderzoekspopulatie bestond uit alle advocaten die regelmatig te maken hebben met medische tuchtzaken. Er bestaat geen formeel of gestructureerd adressenbestand die deze populatie omvat. Op twee manieren is geprobeerd een zo goed mogelijk dekkend adressenbestand van de onderzoekspopulatie te verkrijgen. De eerste is een adressenbestand van advocaten dat handmatig door de onderzoekers is aangelegd op basis van het bij hen aanwezige netwerk in en kennis van het beroepsveld en via jurisprudentie. Daarnaast is gebruik gemaakt van de ledenlijst van de vereniging van Advocaten voor Slachtoffers van Personenschade (ASP). Deze zijn verkregen via het secretariaat van de ASP. Alle advocaten hebben een controle-vraag aan het begin gekregen waardoor ook bij deze groep alleen advocaten meegenomen zijn die in de afgelopen drie jaar minimaal één zaak per jaar hebben behandeld.

Wijze van aanschrijven en rappel

Tuchtcolleges

De leden van de tuchtcolleges zijn in eerste instantie aangeschreven door het secretariaat van het tuchtcollege waar zij onder vallen. Per brief zijn zij geinformeerd over het doel en de werkwijze van het onderzoek. Tevens is hen in deze brief de mogelijkheid geboden bezwaar te maken tegen het beschikbaar stellen van hun adresgegevens aan de onderzoekers ten behoeve van het onderzoek. Van deze mogelijkheid hebben 13 personen gebruik gemaakt. Vervolgens is de groep in mei 2013 per e-mail uitgenodigd om een afgeschermde internetenquete in te vullen. De e-mail bevatte een toelichting op het doel van het onderzoek en een persoonlijke link naar de vragenlijst. Na de uitnodiging is aan de respondenten eenmaal een rappel verzonden, waarin respondenten die tot dan toe de vragenlijst niet hadden ingevuld is verzocht de lijst alsnog in te vullen.

Advocaten

De advocaten zijn in mei 2013 per e-mail uitgenodigd om een afgeschermde internetenquete in te vullen. De brief bevatte een toelichting op het doel van het onderzoek, het internetadres van de vragenlijst en een persoonlijke link naar de vragenlijst. Na de uitnodiging is aan de respondenten eenmaal een rappel verzonden, waarin respondenten die tot dan toe de vragenlijst niet hadden ingevuld is verzocht de lijst alsnog in te vullen.

Respons

Tuchtcolleges

In totaal zijn 353 personen benaderd. In totaal kwamen vijf e-mails onbestelbaar retour, drie personen weigerden deelname en vier bleken in tweede instantie niet tot de doelgroep van het onderzoek te behoren. In één geval was er sprake van een dubbeling. Zo`n 167 personen hebben de vragenlijst deels of geheel ingevuld. Van deze groep bleken 16 vragenlijsten niet bruikbaar. Deze zijn tijdens de fase van datacleaning verwijderd. Dit ging om vragenlijsten waar maar een of enkele vragen waren ingevuld. Uiteindelijk levert dit een bestand op van 151 bruikbare vragenlijsten. Het nettoresponspercentage bedraagt hiermee 43%.

Advocaten

In totaal zijn 176 personen benaderd. Zo`n 57 personen hebben de vragenlijst deels of geheel ingevuld. Van deze groep bleken 12 vragenlijsten niet bruikbaar. Deze zijn tijdens de fase van datacleaning verwijderd. Dit ging om vragenlijsten waar maar een of enkele vragen waren ingevuld. Uiteindelijk levert dit een bestand op van 45 bruikbare vragenlijsten. Het nettoresponspercentage bedraagt hiermee 26%.

Tabel 5: Responsoverzicht enquête tuchtcolleges en advocaten

	populatie	bruto respons	netto respons	respons percentage
Centraal Tuchtcollege	262	124	114	44%
Regionale Tuchtcolleges	91	43	37	41%
Totaal tuchtcolleges	353	167	151	43%
Advocaten lijst onderzoekers	52	26	23	44%
Advocaten ASP	124	31	22	18%
Totaal advocaten	176	57	45	26%

Panelonderzoek consumenten

De dataverzameling voor het panelonderzoek onder consumenten is gedaan door Ruigrok|Netpanel. Voor dit onderzoek heeft Ruigrok|Netpanel gebruik gemaakt van haar eigen online onderzoekspanel, de NetPanel Adviesraad, met ruim 11.000 adviseurs. Dit panel wordt actief beheerd en ingezet voor verschillende opdrachtgevers. Ruigrok|Netpanel werkt volgens de regels die ESOMAR en de Marktonderzoekassociatie stellen voor online access panels. Dit houdt onder andere in dat panelleden gevraagd wordt jaarlijks hun achtergrondgegevens te updaten, dat de activiteit van de panelleden nauwkeurig gemonitord wordt en dat panelleden niet overmatig belast worden met onderzoek. Voor dit onderzoek ontvingen de geselecteerde panelleden een mail uit naam van Ruigrok|NetPanel met de uitnodiging mee te doen aan het onderzoek. In de e-mail is een persoonlijke link opgenomen naar de online vragenlijst.

De netto steekproefomvang bedraagt 1.076 complete vragenlijsten. De steekproef is representatief naar leeftijd (18 jaar en ouder), geslacht en opleiding. Representativiteit is verkregen door middel van stratificatie van de steekproef (vooraf) en een kleine weging achteraf. Als referentiebestand maakt Ruigrok|Netpanel gebruik van de Gouden Standaard. Deze is ontwikkeld door de MOA en het CBS.

Vragenlijstonderzoek organisaties

In het kader van de evaluatie van de Wet BIG zijn vragen gesteld aan diverse beroeps- en koepelorganisaties. Er is een selectie gemaakt van organisaties die zijn aangeschreven. Bijlage 9 bevat een overzicht van alle organisatie die hebben gereageerd. De selectie is als volgt gemaakt:

- alle representatieve beroepsorganisaties van artikel 3 en artikel 34 Wet BIG beroepen;
- alle representatieve specialistenorganisaties (artikel 14 Wet BIG) van de beroepsgroepen die zijn bevraagd in de enquête voor beroepsbeoefenaren;
- een aantal organisaties in de alternatieve zorg (de organisaties die in de vorige evaluatie ook zijn bevraagd);
- een aantal organisaties die behandelaren vertegenwoordigen die cosmetische ingrepen verrichten;

— een aantal beroepsorganisaties van niet-BIG beroepen, die in het kader van dit onderzoek hebben aangegeven dat ze graag gehoord willen worden en organisaties van beroepen die dicht aanliggen tegen beroepen die titelbescherming genieten op basis van artikel 3, 14 of 34 Wet BIG;
— een aantal koepelorganisaties (waaronder één in de alternatieve sector);
— een aantal patiënten koepelorganisaties (waaronder één in de alternatieve sector).

Analysemethoden

De data uit de verschillende vragenlijsten zijn geanalyseerd in het statistisch programma SPSS. De databestanden van de verschillende beroepsgroepen zijn samengevoegd tot één databestand voor de verdere verwerking en analyse van de gegevens.

Voor de analyse van de gegevens uit het vragenlijstonderzoek is gebruik gemaakt van gangbare beschrijvende statistieken, zoals frequentie verdelingen, gemiddelden en standaard afwijkingen. De beschrijving is primair op het niveau van de steekproeven. Waar mogelijk is de vergelijking met de empirische gegevens uit de eerste evaluatie gemaakt. Hierbij is primair gebruik gemaakt van de gegevens zoals gepresenteerd in de publicatie.[474] In enkele gevallen is ook gebruik gemaakt van de originele spss-databestanden van het onderzoek uit 2002. Deze zijn door EMGO/VUmc aan de onderzoekers ter beschikking gesteld.

Op een aantal onderdelen zijn nadere analyses uitgevoerd om de mogelijke invloed van achtergrondvariabelen of het bestaan van significante verschillen tussen subgroepen binnen de steekproeven te achterhalen. Voor deze analyses is gebruik gemaakt van kruistabellen, Chi-kwadraat en T-toetsen (en ANOVA`s). Ook hier is als significantieniveau $p < 0{,}05$ aangehouden. Een chi-kwadraattoets is een statistische toets om na te gaan of twee of meer verdelingen, zoals rijen in een kruistabel, verschillen. Een t-toets is een statistische toets om na te gaan of er een verschil is tussen de gemiddelden van twee groepen. ANOVA (Analysis of variance) doet dat ook voor meer dan twee groepen.

Weergave van resultaten in tabellen

Bij de verwerking van de empirische onderzoeksgegevens in tabellen is ten behoeve van de leesbaarheid de keuze gemaakt om waar er sprake is van de vijf antwoord categorieën geheel eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en geheel oneens alleen de optelsom van de eerste twee of in voorkomende gevallen alleen de laatste twee categorieën weer te geven.

474 Cuperus-Bosma e.a. 2002.

Bijlage 6

Vragenlijsten

Vragenlijst beroepsgroepen

Afkortingen

Voor de aanduiding van de verschillende beroepsgroepen is gebruik gemaakt van de volgende afkortingen (achter de vragen en antwoordopties is door middel van deze afkortingen aangegeven aan welke beroepsgroepen deze vragen of antwoordopties zijn voorgelegd):

— GZ-psycholoog	GZ
— Verpleegkundige	VP
— Arts	A
— Verloskundige	VK
— Tandarts	TA
— Huisarts	HA
— Heelkunde (chirurgie)	CH
— Gynaecoloog	GY
— Verpleegkundig specialist	VPS
— Mondhygiënist	MH
— Klinisch fysicus	KF

Algemene vragen

In het BIG-register kan een wettelijk erkend specialisme worden ingeschreven. Bent u onder een specialisme ingeschreven in het BIG-register?

☐ Nee, ik ben niet werkzaam in een specialisme (GZ/VPS/TA)
☐ Ja, klinische psychologie (GZ)
☐ Ja, klinische neuropsychologie (GZ)
☐ Ja, als verpl. spec. acute zorg bij som. aandoeningen (VPS)
☐ Ja, als verpl. spec. chronische zorg bij som. aandoeningen (VPS)
☐ Ja, als verpl. spec. geestelijke gezondheidszorg (VPS)
☐ Ja, als verpl. spec. intensieve zorg bij som. aandoeningen (VPS)
☐ Ja, als verpl. spec. prev. zorg bij som. aandoeningen (VPS)
☐ Ja, dento-maxillaire orthopaedie/orthodontist (TA)

- [ ] Ja, mondziekten en kaakchirurgie/kaakchirurg (TA)

Wat is uw functie? (A)

- [ ] Arts-assistent-in-opleiding/AIOS
- [ ] Arts assistent niet in opleiding/ANIOS
- [ ] Anders, namelijk…

In welk jaar bent u afgestudeerd als klinisch fysicus/mondhygiënist? (KF/MH)
[Jaartal invullen]

Op welke wijze bent u momenteel werkzaam?

- [ ] In loondienst bij instelling of ziekenhuis
- [ ] Ik ben (mede) eigenaar van een praktijk, met één of meer artsen in loondienst [beroepsgroep volgens steekproef] (VP/VPS/KF niet)
- [ ] Als enige arts in een eigen praktijk [beroepsgroep volgens steekproef] (VP/VPS niet)
- [ ] Als [beroepsgroep volgens steekproef] in maatschap met of zonder andere [beroepsgroep volgens steekproef] in loondienst (VP/VPS niet)
- [ ] Als waarnemer/tijdelijke vervanging
- [ ] In loondienst bij andere [beroepsgroep volgens steekproef + andere relevante beroepsgroep]
- [ ] Als ZZP'er
- [ ] Tijdelijk niet praktisch werkzaam
- [ ] Niet (meer) praktisch werkzaam (u kunt de vragenlijst afsluiten)
- [ ] Anders, namelijk…

Wat is uw functie? (VP/VPS)

- [ ] Unitleider
- [ ] Regie/senior verpleegkundige
- [ ] Verpleegkundige met een specialisatie
- [ ] Anders, namelijk…

In welke sector werkt u? (VP/VPS)

- [ ] Ziekenhuis
- [ ] Verpleeghuis
- [ ] Algemeen psychiatrisch ziekenhuis
- [ ] GGD
- [ ] Thuiszorg
- [ ] Riagg
- [ ] Privé kliniek
- [ ] GGZ
- [ ] Anders, namelijk…

Herregistratie (periodieke registratie)

Inleidende tekst (VP/VPS)

In het *Besluit periodieke registratie Wet BIG* zijn eisen opgenomen waaraan een beroepsbeoefenaar moet voldoen om zich te kunnen herregistreren. Op dit moment moeten alleen verpleegkundigen, fysiotherapeuten en verloskundigen zich op 31 december 2013 herregistreren.

Bent u op de hoogte van de toekomstige plicht tot herregistratie? (A/TA/GZ/VP/VPS)

☐ Ja
☐ Nee

Hoe bent u geïnformeerd over de plicht tot herregistratie? (VP/VPS)
[Afhankelijk van andere vraag]

☐ Per brief door het BIG-register
☐ Per brief door de beroepsvereniging
☐ Via informatie in een (vak)tijdschrift
☐ Anders, namelijk...

Bent u bekend met de criteria voor herregistratie? (VP/VPS)

☐ Ja
☐ Nee

Voldoet u aan de criteria voor herregistratie? (VP/VPS)
[Afhankelijk van andere vraag]

☐ Ja
☐ Nee

Kunt u van de volgende stellingen aangeven in hoeverre u het hiermee eens bent? (VP/VPS)
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee oneens]

— Herregistratie is nodig om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen.
— Herregistratie zorgt voor extra bureaucratie in de zorg.

Registratie en titelbescherming

Het BIG register is openbaar. Via internet kan iedereen het register raadplegen. Kunt u aangeven op welke manieren u gebruik maakt van een referentie naar de BIG in de manier waarop u met patiënten, collega`s en andere partijen communiceert? (Niet voor MH/KF)
[Meerdere antwoorden mogelijk]

☐ Ik maak in het geheel geen gebruik van mijn BIG-nummer in communicatie naar patiënten, collega`s en andere partijen.
☐ Vermelding van BIG-nummer op recept-, briefpapier en of visitekaartje.
☐ Vermelding van BIG-nummer op naamplaatje.

- [ ] Vermelding van BIG-nummer in e-mail ondertekening.
- [ ] Vermelding van BIG-nummer op de website van praktijk/instelling.
- [ ] Vermelding van BIG-nummer op naambordje praktijk/instelling.
- [ ] Algemene referentie op de website van praktijk/instelling.
- [ ] Algemene referentie op naambord van de praktijk/instelling.
- [ ] Algemene referentie in brochure/folder voor patiënten.
- [ ] Anders, namelijk...

Kunt u aangeven op welke manieren u gebruik maakt van een referentie naar het [Diplomaregister/kwaliteitsregister/OKF register] in de manier waarop u met patiënten, collega`s en andere partijen communiceert? (MH/KF)

- [ ] Ik maak in het geheel geen referentie in communicatie naar patiënten, collega`s en andere partijen
- [ ] Algemene referentie op recept-, briefpapier en of visitekaartje
- [ ] Algemene referentie op naamplaatje
- [ ] Algemene referentie in e-mail ondertekening
- [ ] Algemene referentie op de website van praktijk/instelling
- [ ] Algemene referentie op naambord van de praktijk/instelling
- [ ] Algemene referentie op naambordje praktijk/instelling
- [ ] Algemene referentie in brochure/folder voor patiënten
- [ ] Anders, namelijk...

Waarom maakt u in de communicatie met patiënten, collega`s en andere partijen gebruik van uw BIG-nummer of referentie naar uw BIG-registratie? (Niet voor MH/KF)
[Afhankelijk van andere vraag; Meerdere antwoorden mogelijk]

- [ ] Om mijn kwalificatie aan te tonen.
- [ ] Om het voor patiënten, collega`s en andere partijen mogelijk te maken mij op te zoeken in het BIG-register.
- [ ] Dit moet van de instelling waar ik werkzaam ben.
- [ ] Dit moet van de beroepsorganisatie waar ik bij ben aangesloten.
- [ ] Patiënten vragen mij naar mijn BIG-registratie.
- [ ] Anders, namelijk...

Waarom maakt u in de communicatie met patiënten, collega`s en andere partijen géén gebruik van uw BIG-nummer of referentie naar uw BIG-registratie? (Niet voor MH/KF)
[Afhankelijk van andere vraag; Meerdere antwoorden mogelijk]

- [ ] Daar heb ik nooit aan gedacht.
- [ ] Dat is niet relevant.
- [ ] Is niet nodig, want het register is al openbaar.
- [ ] Patiënten vragen mij er nooit naar.
- [ ] Anders, namelijk...

Beroepsbeoefenaren die via artikel 3 beschermd worden, zoals de [arts/tandarts], dienen zich in te schrijven in het BIG-register, voordat zij deze wettelijk beschermde titel mogen gebruiken. Controleert u de BIG-registratie van deze zorgverleners? (MH/KF)

☐ Nooit of zelden
☐ Een enkele keer
☐ Regelmatig
☐ Vaak
☐ Zeer vaak

Voor mondhygiënisten geldt geen verplichte registratie. Registratie is wel mogelijk in één van de onderstaande registers. Staat u ingeschreven bij één van de onderstaande registers? (MH)
[Meerdere antwoorden mogelijk]

☐ Ja, bij het Diploma Register
☐ Ja, bij het Kwaliteitsregister Mondhygiënisten
☐ Ja, bij het Kwaliteitsregister Paramedici
☐ Nee, ik sta niet ingeschreven bij een register

Kunt u aangeven op welke manieren u gebruik maakt van een referentie naar het [diplomaregister/kwaliteitsregister] in de manier waarop u met patiënten, collega`s en andere partijen communiceert? (MH)
[Meerdere antwoorden mogelijk]

☐ Ik maak in het geheel geen referentie in communicatie naar patiënten, collega`s en andere partijen
☐ Algemene referentie op recept-, briefpapier en of visitekaartje
☐ Algemene referentie op naamplaatje
☐ Algemene referentie in e-mail ondertekening
☐ Algemene referentie op de website van praktijk/instelling
☐ Algemene referentie op naambord van de praktijk/instelling
☐ Algemene referentie op naambordje praktijk/instelling
☐ Algemene referentie in brochure/folder voor patiënten
☐ Anders, namelijk…

Klinisch fysici staan geregistreerd in het OKF register. Kunt u aangeven op welke manieren u gebruik maakt van een referentie naar het OKF register in de manier waarop u met patiënten, collega`s en andere partijen communiceert? (KF)
[Meerdere antwoorden mogelijk]

☐ Ik maak in het geheel geen referentie in communicatie naar patiënten, collega`s en andere partijen
☐ Algemene referentie op recept-, briefpapier en of visitekaartje
☐ Algemene referentie op naamplaatje
☐ Algemene referentie in e-mail ondertekening
☐ Algemene referentie op de website van praktijk/instelling
☐ Algemene referentie op naambord van de praktijk/instelling
☐ Algemene referentie op naambordje praktijk/instelling

- ☐ Algemene referentie in brochure/folder voor patiënten
- ☐ Anders, namelijk…

Wilt u aangeven welke van de onderstaande situaties op u van toepassing is/zijn? (niet voor MH/KF)
[Meerdere antwoorden mogelijk]
- ☐ Ik controleer soms de BIG-registratie van andere zorgverleners.
- ☐ Collega's/zorgketenpartners vragen naar mijn BIG-registratienummer.
- ☐ Anderen (bijvoorbeeld de inspectie) vragen naar mijn BIG-registratienummer.
- ☐ Bij een sollicitatie moet ik mijn BIG-registratie aantonen.

In hoeverre bent u het met de onderstaande stellingen eens?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee oneens]
- Dankzij de Wet BIG kunnen patiënten een betere keuze ten aanzien van zorgverleners maken.
- Beroepsbeoefenaren dienen op hun recept- en briefpapier hun BIG-registratienummer te vermelden.
- Beroepsbeoefenaren met een beschermde titel zouden een herkenningsteken (bijv. een speld of badge) moeten dragen.
- De titel *[relevante functie voor beroepsgroep]* zou een wettelijk beschermde titel moeten zijn.

Relevante functies:

VP:	verpleegkundig assistent en operatie-assistent
A:	klinisch chemicus, operatie-assistent en perfusionisten
VK:	praktijkassistent
TA:	tandartsassistent en preventieassistent
HA:	doktersassistent
CH:	operatie-assistent, perfusionist en klinisch chemicus
GY:	kraamverzorgende
VPS:	verpleegkundig assistent en operatieassistent
MH:	preventieassistent en tandartsassistent
KF:	operatie-assistent, perfusionist en klinisch chemicus
GZ:	Beroepen zoals psychologisch assistent zouden wettelijk beschermd moeten zijn.

Hieronder staan een aantal stellingen. Kunt u aangeven in hoeverre u het met deze stellingen eens bent?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee oneens]
- De opleiding die ik heb gevolgd sluit voldoende aan bij de beroepspraktijk.
- In de opleiding die ik heb gevolgd was voldoende aandacht voor toenmalige ontwikkelingen binnen het vakgebied.
- Na mijn opleiding heb ik aanvullende scholing moeten volgen om te kunnen voldoen aan de eisen van de beroepspraktijk.

Voorbehouden handelingen

Deze groep is niet voor GZ

Inleidende tekst

In de Wet BIG is een aantal handelingen aangewezen die, als ze verricht worden door ondeskundigen, onverantwoorde risico's voor de gezondheid van patiënten kunnen opleveren. Dit worden de voorbehouden handelingen genoemd die voorbehouden zijn aan een beperkt aantal in de wet genoemde beroepsbeoefenaren.

Welke van de volgende beroepsbeoefenaren zijn volgens u bevoegd om op eigen initiatief (zonder opdracht) voorbehouden handelingen te verrichten? Deze vraag gaat niet over de functionele zelfstandigheid van verpleegkundigen/mondhygiënisten.
[Antwoordopties: bevoegd, niet bevoegd en weet niet]

- Artsen
- Tandartsen (TA/MH)
- Mondhygiënisten (TA/MH)
- Tandartsassistenten (TA/MH)
- Tandprothetici (TA/MH)
- Tandtechnici (TA/MH)
- Verpleegkundigen
- Verloskundigen (A/HA/CH/VP/VPS/KF/VK/GY)
- Klinisch fysici (A/HA/CH/VP/VPS/KF)
- Radiotherapeutisch laboranten (A/HA/CH/VP/VPS/KF)
- Doktersassistenten (A/HA/CH/VP/VPS/KF/VK/GY)
- Verzorgenden (A/HA/CH/VP/VPS/KF)
- Verpleegkundigen (VK/GY)
- Kraamverzorgenden (VK/GY)

Welke van de volgende handelingen zijn volgens u voorbehouden?
[Antwoordopties: voorbehouden, niet voorbehouden en weet niet]

- Injecteren (HA/A/GY/CH/VP/VPS/KF/VK)
- Venapunctie (HA/A/GY/CH/VP/VPS/KF/VK)
- Hechten (HA/A/GY/CH/VP/VPS/KF/VK)
- Blaaskatheterisatie (HA/A/GY/CH/VP/VPS/KF/VK)
- Toepassen defibrillatie (HA/A/GY/CH/VP/VPS/KF/VK)
- Wondverzorging (A, HA, VP, VPS)
- Laseren (A, VP, VPS, KF)
- Periodieke controle (TA/MH)
- Boren (TA/MH)
- Lokale anesthesie (TA/MH)
- Extraheren (TA/MH)
- Supragingivaal tandsteen verwijderen (TA/MH)

— Röntgenfoto's maken (TA/MH)
— Injecteren (VK)

Kunt u aangeven of de volgende onderdelen van de regeling voorbehouden handelingen in de Wet BIG voor u (voldoende) duidelijk of onduidelijk zijn?
[Antwoordcategorieën: (voldoende) duidelijk, onduidelijk en weet niet]
— Welke handelingen voorbehouden zijn aan [relevante artikel 3 beroepsgroep].
— Wie welke handelingen zonder toezicht en tussenkomst mag uitvoeren.
— De manier waarop opdrachten dienen te worden gegeven.
— De manier waarop bekwaamheid dient te worden bepaald.
— De manier waarop toezicht en tussenkomst dient te worden geboden.
— De verdeling van de verantwoordelijkheid bij het geven van opdrachten.

Er is discussie over de vraag of voorbehouden handelingen die niet tot doel hebben de gezondheid van de patiënt te bevorderen, onder de reikwijdte van de Wet BIG vallen of moeten vallen. Voorbeelden van dergelijke handelingen zijn het maken van incisies en injecteren tijdens een borstvergrotingsoperatie die uitsluitend uit cosmetisch oogpunt wordt verricht of besnijdenis uit religieuze motieven. Wat is uw mening hierover?
☐ Voorbehouden handelingen moeten altijd onder de reikwijdte van de Wet BIG vallen, ook als ze niet tot doel hebben de gezondheid van de patiënt te bevorderen.
☐ Voorbehouden handelingen moeten alleen onder de reikwijdte van de Wet BIG vallen, als ze tot doel hebben de gezondheid van de patiënt te bevorderen.

Opdrachten (niet voor GZ)

Inleidende tekst

Beroepsbeoefenaren die zelfstandig *bevoegd* zijn voorbehouden handelingen te verrichten, kunnen een *bekwame* beroepsbeoefenaar die niet zelfstandig *bevoegd* is voorbehouden handelingen te verrichten, opdracht geven een voorbehouden handeling te verrichten.

Op welke wijze bepaalt u de bekwaamheid van een opdrachtnemer aan wie u een opdracht tot een voorbehouden handeling geeft? (A/HA/TA/CH/GY/VK/VPS)
[Meerdere antwoorden mogelijk]
☐ Niet van toepassing, ik geef nooit een dergelijke opdracht.
☐ Ik veronderstel de bekwaamheid van de opdrachtnemer op grond van de gevolgde opleiding.
☐ Ik stel vooraf eenmaal vast voor welke handelingen de opdrachtnemer met wie ik samenwerk bekwaam is.
☐ Ik bepaal periodiek (bijv. eens per jaar) voor welke handelingen de opdrachtnemer met wie ik samenwerk bekwaam is.
☐ Ik beoordeel per patiënt of de opdrachtnemer bekwaam is om de handeling te verrichten.
☐ Ik beoordeel per handeling of de opdrachtnemer bekwaam is om de handeling te verrichten.

Aan welke beroepsbeoefenaar geeft u opdracht tot het uitvoeren van een voorbehouden handeling? [Afhankelijk van andere vraag]

- ☐ Mondhygiënist (TA)
- ☐ Tandartsassistent (TA)
- ☐ Preventieassistent (TA)
- ☐ Tandprotheticus (TA)
- ☐ Tandtechnicus (TA)
- ☐ Verpleegkundige (A/CH/HA/GY/VK/VPS)
- ☐ Verpleegkundig specialist (A/CH/HA/GY/VK)
- ☐ Verloskundige (A/CH/HA/GY/VPS)
- ☐ Klinisch fysicus (A/CH/HA/GY)
- ☐ Radiotherapeutisch laborant (A/CH/HA/GY)
- ☐ Doktersassistent (A/CH/HA/GY/VK/VP/VPS)
- ☐ Verzorgende VIG (A/CH/HA/GY/VK/VP/VPS)
- ☐ Verzorgende niet-VIG (A/CH/HA/GY/VK/VP/VPS)
- ☐ Kraamverzorgende (A/CH/HA/GY/VK/VP/VPS)
- ☐ Anders, namelijk... (A/CH/HA/GY/TA/VK/VP/VPS)

Hoe vaak geeft u op de volgende wijze aan een mondhygiënist een opdracht tot het geven van lokale anesthesie en/of het maken van röntgenfoto's? (TA)

Hoe vaak geeft u op de volgende wijze aan een tandartsassistent een opdracht tot het maken van röntgenfoto's? (TA)

Hoe vaak krijgt u op de volgende wijze de opdracht tot boren en/of het geven van lokale anesthesie? (MH)

Hoe vaak geeft u op de volgende wijze aan een verpleegkundige de opdracht tot intramusculair injecteren? (A/CH/GY/VPS)

Hoe vaak krijgt u op de volgende wijze de opdracht tot intramusculair injecteren? (VP/VPS)

Hoe vaak geeft u op de volgende wijze aan een [doktersassistent/ praktijkondersteuner huisarts (POH)] de opdracht tot injecteren? (HA)

Hoe vaak geeft u op de volgende wijze aan een praktijkassistent opdracht tot hechten? (VK)

Hoe vaak geeft u op de volgende wijze aan een klinisch fysicus opdracht tot het bedienen van apparaten met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden, zoals röntgenapparatuur? (CH)

Hoe vaak krijgt u op de volgende wijze de opdracht tot het bedienen van apparaten met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden, zoals röntgenapparatuur? (KF)

Hoe vaak geeft u op de volgende wijze aan een [verzorgende VIG/niet VIG] opdracht tot het verwijderen van een intramusculair injecteren? (A/GY)

[Afhankelijk van andere vragen; Antwoordopties: altijd, meestal, soms, nooit en niet van toepassing.]
- Schriftelijk, eenmalige opdracht
- Schriftelijk, doorlopende opdracht
- Schriftelijk, in protocol
- Mondeling, zonder schriftelijke bevestiging
- Mondeling, waarna schriftelijke bevestiging
- Nooit, want is functioneel zelfstandig

In hoeverre gelden voor u de volgende redenen om een mondhygiënist de opdracht te geven tot het geven van lokale anesthesie en/of het maken van röntgenfoto's? (TA)

In hoeverre gelden voor u de volgende redenen om een tandartsassistent de opdracht te geven tot het maken van röntgenfoto's? (TA)

In hoeverre gelden voor u de volgende redenen om een verpleegkundige de opdracht te geven tot intramusculair injecteren? (A/CH/GY/VPS)

In hoeverre gelden voor u de volgende redenen om een [doktersassistent/praktijkondersteuner huisarts (POH)] de opdracht te geven tot injecteren? (HA)

In hoeverre gelden voor u de volgende redenen om een praktijkassistent opdracht te geven tot hechten? (VK)

In hoeverre gelden voor u de volgende redenen om een klinisch fysicus opdracht te geven tot het bedienen van apparaten met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden, zoals röntgenapparatuur? (CH)

In hoeverre gelden voor u de volgende redenen om een [verzorgende VIG/niet VIG] de opdracht te geven tot intramusculair injecteren? (A/HA/GY)

[Afhankelijk van andere vragen; Antwoordopties: ja, nee en niet van toepassing]
- ☐ Hij/zij kan dit net zo goed als ik
- ☐ Hij/zij kan dit beter dan ik
- ☐ Ik heb het doorgaans te druk om dit te doen
- ☐ Ik vind dit geen uitdaging om te doen
- ☐ Ik vind dit doelmatiger
- ☐ ik ben niet altijd aanwezig

Hoe vaak biedt u de volgende mogelijkheden voor toezicht en tussenkomst aan de mondhygiënist, indien u een opdracht geeft tot het geven van lokale anesthesie en/of het maken van röntgenfoto's? (TA)

Hoe vaak biedt u de volgende mogelijkheden voor toezicht en tussenkomst aan de tandartsassistent, indien u een opdracht geeft tot het maken van röntgenfoto's? (TA)

Hoe vaak biedt u de volgende mogelijkheden voor toezicht en tussenkomst aan de [doktersassistent/praktijkondersteuner huisarts (POH)], indien u een opdracht geeft tot injecteren? (HA)

Hoe vaak biedt u de volgende mogelijkheden voor toezicht en tussenkomst aan de praktijkassistent indien u een opdracht geeft tot hechten? (VK)

Hoe vaak biedt u de volgende mogelijkheden voor toezicht en tussenkomst aan de klinisch fysicus indien u een opdracht geeft tot het bedienen van apparaten met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden, zoals röntgenapparatuur? (CH)

Hoe vaak biedt u de volgende mogelijkheden voor toezicht en tussenkomst aan de [verzorgende VIG/niet VIG] indien u een opdracht geeft tot intramusculair injecteren? (A/HA/GY)

[Afhankelijk van andere vragen; Antwoordopties: altijd, meestal, soms, nooit en niet van toepassing]
— Direct toezicht houden op de plaats van handeling
— Fysiek kunnen ingrijpen als er iets mis gaat
— Op afstand bereikbaar zijn
— Controle achteraf

Op welke wijze vindt deze controle achteraf plaats?
[Afhankelijk van andere vragen]
- ☐ Mondeling, de opdrachtnemer vertelt mij wat hij/zij heeft gedaan
- ☐ Schriftelijk, de opdrachtnemer schrijft een rapport voor mij over wat hij/zij heeft gedaan
- ☐ In persoon, ik controleer bij de patiënt of de handelingen correct zijn uitgevoerd

Zijn er in de instelling waarin u werkt schriftelijke richtlijnen of protocollen ten aanzien van voorbehouden handelingen? (VP/VPS)
- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet niet

Welke onderwerpen worden in de schriftelijke richtlijnen of protocollen beschreven? (VP/VPS)
[Afhankelijk van andere vraag]
- ☐ De handelingen die zonder toezicht en tussenkomst door een verpleegkundige mogen worden uitgevoerd.
- ☐ De manier waarop een opdracht dient te worden gegeven.
- ☐ De manier waarop bekwaamheid dient te worden bepaald.
- ☐ De handelingen die zijn voorbehouden.
- ☐ De voorwaarden voor het aannemen van een opdracht.
- ☐ De manier waarop toezicht en tussenkomst dienen te worden geboden.
- ☐ De verdeling van de verantwoordelijkheid bij het geven en aannemen van opdrachten.

- ☐ De manier waarop aanwijzingen dienen te worden gegeven.
- ☐ Ik ben niet op de hoogte van de inhoud van de schriftelijke richtlijnen of protocollen.

Hoe vaak maakt u gebruik van de schriftelijke richtlijnen of protocollen? (VP/VPS)
[Afhankelijk van andere vraag]

- ☐ Vaak
- ☐ Meestal
- ☐ Zelden
- ☐ Nooit

Wijkt u wel eens af van de schriftelijke richtlijnen of protocollen? (VP/VPS)
[Afhankelijk van andere vraag]

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet niet

Wat was voor u een reden om af te wijken van de schriftelijke richtlijnen of protocollen? (VP/VPS)
[Afhankelijk van andere vraag; Meerdere antwoorden mogelijk]

- ☐ De individuele situatie van de patiënt.
- ☐ De schriftelijke richtlijn/het protocol was niet goed uitvoerbaar.
- ☐ Tijdgebrek.
- ☐ De schriftelijke richtlijn/het protocol was niet helder geformuleerd.
- ☐ Anders, namelijk...

In hoeverre bent u het met de onderstaande stellingen eens?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee oneens]

- De regeling voorbehouden handelingen is goed uitvoerbaar.
- De regeling voorbehouden handelingen geeft veel papierwerk/administratieve rompslomp.
- Het bepalen van de bekwaamheid van de opdrachtnemer is niet altijd mogelijk.
- Vanwege tijdgebrek worden voorbehouden handelingen wel eens uitgevoerd door niet-zelfstandig bevoegden zonder dat opdracht verleend is.
- De regeling voorbehouden handelingen staat te ver af van de praktijk.

Kwaliteitseisen artikel 40

Alleen voor solistisch werkende beroepsbeoefenaren

Inleidende tekst

Voor solistisch werkende beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden kwaliteitseisen in artikel 40 van de Wet BIG beschreven.

Heeft u een systematisch kwaliteitsbeleid?
[Afhankelijk van andere vraag]
- ☐ Ja
- ☐ Nee

Op welke wijze heeft u het kwaliteitsbeleid in uw praktijk vormgegeven?
[Afhankelijk van andere vraag; Meerdere antwoorden mogelijk]
- ☐ Het eigen kwaliteitsbeleid ligt vast in een document.
- ☐ Ik houd de patiëntenadministratie structureel bij.
- ☐ Ik maak gebruik van kwaliteitsplannen en procesbeschrijvingen.
- ☐ Ik stel een jaarverslag op.
- ☐ Wanneer nodig maak ik gebruik van scholing.
- ☐ Ik evalueer mijn kwaliteitsbeleid en pas het naar aanleiding daarvan aan.
- ☐ Ik informeer patiënten door middel van een overzichtelijke website en verschillende folders.
- ☐ Mijn praktijk is gecertificeerd.

Welke certificering heeft u?
[Afhankelijk van andere vraag; Open antwoord]

Taakherschikking, samenwerking en ketenzorg

Inleidende tekst

Steeds meer zorg vindt plaats in samenwerkingsverbanden (zoals bij huisartsenposten, zorg in een multidisciplinair team, etc.) onder invloed van taakherschikking of via ketenzorg. Deze manier van werken heeft tot gevolg dat steeds meer zorgverleners betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt.

Onder instelling wordt verstaan: praktijk of instelling.

Deze vraag gaat over afspraken binnen uw instelling. In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee oneens]
- Een vertrouwensband opbouwen met de patiënt is niet eenvoudig wanneer de patiënt steeds met andere zorgverleners te maken heeft.
- Wanneer ik samenwerk met andere zorgverleners *binnen* mijn instelling is het duidelijk wie het directe aanspreekpunt is voor de patiënt.
- *Binnen* mijn instelling hebben we afspraken gemaakt hoe we met incidenten omgaan.
- Wanneer ik samenwerk met andere zorgverleners *binnen* mijn instelling maak ik gebruik van een gezamenlijk zorg- of behandelplan.

Deze vraag gaat over afspraken buiten uw instelling. In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee oneens]

— Wanneer ik samenwerk met andere zorgverleners buiten mijn instelling is het duidelijk wie het directe aanspreekpunt is voor de patiënt.
— Wanneer ik samenwerk met andere zorgverleners buiten mijn instelling maak ik gebruik van een gezamenlijk zorg- of behandelplan.
— Met hulpverleners buiten mijn instelling hebben we afspraken gemaakt hoe we met incidenten omgaan.
— Het risico bestaat dat de patiënt tegenstrijdige informatie ontvangt.

Hieronder zijn enkele stellingen opgenomen die verband houden met taakherschikking, d.w.z. de structurele herverdeling van taken en bijbehorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg. In hoeverre bent u het met de onderstaande stellingen eens? (niet voor TA/MH/GZ/HA)

[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee oneens]

— Taakherschikking verbetert de patiëntveiligheid in mijn beroepspraktijk.
— Taakherschikking levert risico's op voor de patiëntveiligheid in mijn beroepspraktijk.
— In de instelling/praktijk waar ik werk, is rond taakherschikking sprake van een adequate verantwoordelijkheidsverdeling tussen individuele beroepsbeoefenaren onderling.
— In de instelling/praktijk waar ik werk, is rond taakherschikking sprake van een adequate verantwoordelijkheidsverdeling tussen individuele beroepsbeoefenaren en de afdelingsleiding.

Toezicht

Bent u de afgelopen drie jaar in uw werkomgeving geconfronteerd met de volgende situaties?

[Antwoordopties: ja en nee]

— Een hulpverlener die verslaafd is aan verdovende middelen.
— Een hulpverlener met een geestelijke stoornis.
— Een hulpverlener die een intieme relatie met een patiënt(e) onderhoudt of heeft onderhouden.
— Een hulpverlener die een ernstige medische fout heeft gemaakt.
— Een hulpverlener die een patiënt of betrokkene op een onacceptabele wijze heeft bejegend.
— Een buitenlandse [arts/tandarts] die niet is ingeschreven in het BIG-register.

Bij wie is de [specifieke situatie] gemeld of was dit bekend?

[Afhankelijk van andere vraag]

☐ De directe leidinggevende
☐ Collega's
☐ De klachtinstantie van de instelling (geen vervolgvraag)
☐ Het regionaal tuchtcollege (geen vervolgvraag)
☐ De Inspectie voor de Gezondheidszorg
☐ De [specifieke situatie] is bij niemand gemeld / was bij niemand bekend
☐ Anders, namelijk..

Is voldoende opgetreden tegen de hulpverlener?
[Afhankelijk van andere vraag]
- ☐ Ja, door de directe leidinggevende
- ☐ Ja, door collega's
- ☐ Ja, door het regionaal tuchtcollege
- ☐ Nee, er is niet (voldoende) tegen opgetreden
- ☐ Anders, namelijk...

Tuchtrecht

Inleidende tekst

In de Wet BIG zijn bepalingen opgenomen over het tuchtrecht voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.

Patiënten en hun naaste familieleden kunnen een klacht indienen tegen een beroepsbeoefenaar bij een regionaal tuchtcollege. Hoger beroep is vervolgens mogelijk bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de mogelijkheid om zaken aan te brengen bij de tuchtcolleges.

Wat is het doel van het tuchtrecht?
[Meerdere antwoorden mogelijk]
- ☐ Het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening.
- ☐ Het bieden van genoegdoening aan patiënten in de vorm van een schadevergoeding.
- ☐ Het corrigeren van beroepsbeoefenaren die een fout hebben gemaakt.
- ☐ Het herstellen van de hulpverleningsrelatie met de patiënt.

In hoeverre bent u het met de volgende beweringen eens? (niet voor MH/KF)
[Antwoordcategorieën: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee oneens]
- Het is een goede zaak dat de uitspraken van de tuchtcolleges openbaar zijn.
- Van het tuchtrecht gaat een preventieve werking uit.
- De tuchtcolleges houden beroepsbeoefenaren de hand boven het hoofd.
- Het tuchtrecht is niet toegankelijk genoeg voor patiënten en betrokkenen.
- Het opleggen van een maatregel beschadigt een zorgverlener dusdanig dat hij zijn beroep niet goed meer kan uitoefenen.
- De ingrijpende sanctiemogelijkheden (schorsing en doorhaling van de registratie) worden te weinig toegepast.
- Het is de taak van de IGZ en niet van de patiënt zelf om een klacht bij een tuchtcollege in te dienen.

Hoe vaak wijst u een patiënt op de mogelijkheden van het tuchtrecht? (niet voor MH/KF/VP)
- ☐ Regelmatig
- ☐ Incidenteel

☐ Nooit

Neemt u kennis van uitspraken van de tuchtrechter in uw deskundigheidsgebied? (niet voor MH/KF/VP)

☐ Nooit of zelden
☐ Een enkele keer
☐ Regelmatig
☐ Vaak
☐ Zeer vaak

Strafrecht

Inleidende tekst

Als sluitstuk op de verschillende bepalingen in de Wet BIG zijn enige strafbepalingen opgenomen. Hierin is vastgesteld welke feiten strafbaar zijn en op welke wijze bestraffing door de strafrechter geschiedt.

In hoeverre bent u het met onderstaande stellingen eens? [Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee oneens]

— Burgers worden door de overheid onvoldoende beschermd tegen fouten van beroepsbeoefenaren.
— De norm in de Wet BIG voor strafrechtelijke vervolging, nl. (een aanmerkelijke kans op) schade aan de gezondheid, is voldoende scherp.
— Het Openbaar Ministerie treedt voldoende op tegen alternatieve behandelaars die een aanmerkelijke schade aan de gezondheid veroorzaken. (niet voor MH/GZ)

Vindt u dat bij disfunctionerende zorgverleners vaker strafrechtelijke vervolging zou moeten plaatsvinden?

☐ Nee, hiervoor is het tuchtrecht meer geschikt.
☐ Nee, er wordt al vaak genoeg strafrechtelijk vervolgd.
☐ Ja, strafrechtelijke vervolging zou vaker plaats moeten vinden.
☐ Geen mening.

Hieronder zijn een aantal situaties beschreven. Kunt u bij de volgende situaties aangeven of de zorgverlener vervolgd moet worden, en zo ja, via het tuchtrecht of via het strafrecht? [Antwoordopties: ja, strafrecht; ja, tuchtrecht; nee en geen mening]

— Een specialist stelt een verkeerde diagnose, waardoor de patiënt overlijdt.
— Doordat het instrumentarium in de OK niet goed functioneert (de onderhoudsbeurt is vanwege economische motieven geannuleerd), overlijdt de patiënt.
— Een huisarts is verslaafd aan alcohol, maar voert nog steeds zijn praktijk.
— Een specialist is werkzaam in een Nederlands ziekenhuis, terwijl hij in het buitenland uit zijn beroep is gezet.

— Binnen een maatschap van specialisten wordt een medische praktijk gevoerd die afwijkt van door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen.
— Een psychiater heeft een intieme relatie met meerdere van zijn patiënten.

Kunt u bij de volgende situaties aangeven of u van mening bent dat strafrechtelijke vervolging moet worden ingezet, en zo ja, wie moet worden vervolgd.
[Antwoordopties: ja, de individuele hulpverlener; ja, de zorginstelling; ja, de hulpverlener en de zorginstelling nee en geen mening]
— Een specialist stelt een verkeerde diagnose, waardoor de patiënt overlijdt.
— Doordat het instrumentarium in de OK niet goed functioneert (de onderhoudsbeurt is vanwege economische motieven geannuleerd), overlijdt de patiënt.
— Een specialist is werkzaam in een Nederlands ziekenhuis, terwijl hij in het buitenland uit zijn beroep is gezet.
— Binnen een maatschap van specialisten wordt een medische praktijk gevoerd die afwijkt van door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen.

Maatschappelijke context

Hieronder zijn enkele stellingen opgenomen die te maken hebben met veranderingen in de maatschappij. In hoeverre bent u het met de onderstaande stellingen eens?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee oneens]
— De keuzevrijheid van patiënten is beperkt door de gemaakte afspraken van zorgverzekeraars over vergoedingen in de zorg.
— Patiënten zijn kritischer op de zorg die zij aangeboden krijgen dan een aantal jaren geleden.
— De opkomst van internet waar patiënten informatie kunnen verzamelen, heeft een grote invloed op het maken van een keuze voor een zorgverlener.
— De reputatie van de instelling/het ziekenhuis is belangrijker voor de patiënt dan de reputatie van een individuele zorgverlener.
— De goede naam en reputatie van een beroepsbeoefenaar is een belangrijker handelsmerk dan de registratie in de Wet BIG.
— Lidmaatschap van een beroepsvereniging is een belangrijker kwaliteitskeurmerk dan inschrijving in het BIG-register. (niet voor MH/KF)
— De BIG-registratie is belangrijk omdat er steeds meer buitenlands gediplomeerden in Nederland werkzaam zijn.

Er zijn BIG-geregistreerden die over gaan tot het aanbieden van alternatieve behandelwijzen (zoals acupunctuur, homeopathie of neuraaltherapie). Is er naar uw mening meer controle nodig op BIG-geregistreerden die alternatieve behandelwijzen aanbieden en zo ja wie is daar verantwoordelijk voor? (niet voor GZ/MH/TA/KF)
☐ Nee, dat is niet nodig
☐ Ja, de beroepsorganisaties zijn daar verantwoordelijk voor
☐ Ja, de zorgverzekeraars zijn daar verantwoordelijk voor
☐ Ja, de overheid is daar verantwoordelijk voor

Er zijn niet BIG-geregistreerden die over gaan tot het aanbieden van alternatieve behandelwijzen (zoals acupunctuur, homeopathie of neuraaltherapie). Is er naar uw mening meer controle nodig op niet BIG-geregistreerden die alternatieve behandelwijzen aanbieden en zo ja wie is daar verantwoordelijk voor? (niet voor GZ/MH/TA/KF)

- ☐ Nee, dat is niet nodig
- ☐ Ja, de beroepsorganisaties zijn daar verantwoordelijk voor
- ☐ Ja, de zorgverzekeraars zijn daar verantwoordelijk voor
- ☐ Ja, de overheid is daar verantwoordelijk voor

Heeft u na het invullen van deze vragenlijst nog andere opmerkingen over het onderwerp van deze vragenlijst of aanvullingen, dan kunt u die hieronder opschrijven.
[Open antwoordcategorie]

Vragenlijst zorginstellingen

Algemene vragen

Inleidende tekst

De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) kent de artikel 3-beroepsgroepen (de BIG-geregistreerden) en de artikel 34-beroepsgroepen (de paramedische beroepen die niet in het BIG-register zijn opgenomen).

De artikel 3-beroepsgroepen zijn arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige en verpleegkundige. Enkele artikel 3-beroepsgroepen kunnen zich op basis van artikel 14 onder een specialisme inschrijven. Waar artikel 3-beroepsgroep staat, wordt ook gedoeld op de artikel 3-beroepsbeoefenaren die onder een specialisme staan ingeschreven.

De artikel 34-beroepsgroepen zijn apothekersassistent, diëtist, ergotherapeut, huidtherapeut, klinisch fysicus, logopedist, mondhygiënist, Oefentherapeut Cesar, Oefentherapeut Mensendieck, optometrist, orthoptist, podotherapeut, radiodiagnostisch laborant, radiotherapeutisch laborant, tandprotheticus en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG'er).

Is uw instelling onderdeel van een zorggroep/groep instellingen?

- ☐ Ja, de instelling is de hoofdvestiging
- ☐ Ja, de instelling is nevenvestiging
- ☐ Nee, ik ben ZZP'er. U hoeft de vragenlijst niet verder in te vullen. U kunt de lijst afsluiten.
- ☐ Nee, de instelling bestaat uit één vestiging
- ☐ Anders, namelijk...

Welke van de onderstaande categorieën beroepsbeoefenaren werkzaam zijn binnen uw instelling?
[Meerdere antwoorden mogelijk]

- ☐ Artikel 3-beroepsbeoefenaren (BIG-geregistreerden)

☐ Artikel 34-beroepsbeoefenaren (paramedische beroepen)
☐ Indien binnen uw instelling geen van beide werkzaam zijn hoeft u de vragenlijst niet verder in te vullen.

Wat is uw functie? Als de vragenlijst door meerdere personen wordt ingevuld, vul dan de functie in van degene die de meeste vragen beantwoord heeft.
☐ Lid van de Raad van Bestuur
☐ Secretaris van de Raad van Bestuur
☐ Lid van de directie
☐ P&O functionaris
☐ Kwaliteitsfunctionaris
☐ Anders, namelijk….

Tot welke categorie behoort uw instelling?
☐ Ziekenhuis
☐ Verpleeghuis
☐ Algemeen psychiatrisch ziekenhuizen
☐ Privékliniek
☐ GGZ
☐ GGD
☐ Thuiszorginstelling
☐ Instelling voor verstandelijk beperkten

Hoeveel hulpverleners zijn werkzaam bij uw instelling?
☐ minder dan 10
☐ tussen 10 en 20
☐ tussen 10 en 50
☐ tussen 50 en 100
☐ tussen 100 en 500
☐ tussen 500 en 1000
☐ tussen de 1000 en 5000
☐ meer dan 5000

Beschikt uw instelling over een functionaris/commissie die zich bezighoudt met aan de Wet BIG gerelateerde zaken?
☐ Ja
☐ Nee
☐ Weet niet

Welke van de onderstaande taken worden door dit orgaan of deze functionaris uitgevoerd? [Afhankelijk van andere vraag; Meerdere antwoorden mogelijk]
☐ Periodiek van alle BIG-geregistreerde hulpverleners nagaan of de BIG-registratie actueel is.
☐ Periodiek steekproefsgewijs nagaan of de BIG-registratie van BIG-geregistreerde hulpverleners actueel is.

☐ Nagaan of nieuwe hulpverleners BIG-geregistreerd zijn.
☐ Steekproefsgewijs nagaan of nieuwe hulpverleners BIG-geregistreerd zijn.
☐ Nagaan van scholingsbehoeften van hulpverleners van de instelling.
☐ Het opstellen en evalueren van de bevoegdheidsregeling/protocol met betrekking tot voorbehouden handelingen en risicovolle handelingen.
☐ Adviseren van de Raad van Bestuur en/of de directie over Wet BIG aangelegenheden.
☐ Anders, namelijk ...

Registratie en titelbescherming

Inleidende tekst

Artikel 3-beroepsbeoefenaren moeten zich registreren in het BIG-register. Artikel 34-beroepsbeoefenaren kunnen zich niet registreren in het BIG-register. Zij kunnen zich wel registreren in het Kwaliteitsregister Paramedici of in een register van hun beroepsgroep.

Op welke wijze maakt uw instelling gebruik van het BIG-register?
[Alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren; Meerdere antwoorden mogelijk]
☐ Wij maken in het geheel geen gebruik van het BIG-register
☐ Wij registreren het BIG-nummers van onze werknemers
☐ Wij raadplegen het BIG-register online
☐ Wij vragen werknemers naar het bewijs van inschrijving
☐ Wij nemen telefonisch contact op met het BIG-register
☐ Anders, namelijk...

Instellingen kunnen verschillende redenen hebben waarom zij geen gebruik maken van het BIG register. Geef voor de volgende redenen aan in welke mate deze op uw instelling van toepassing zijn.
[Afhankelijk van andere vraag; Antwoordopties: Geheel, deels en niet van toepassing]
— Wij zien geen noodzaak om het BIG-register te raadplegen.
— Wij rekenen dit niet tot onze verantwoordelijkheid.
— Het ontbreekt ons aan tijd en/of middelen om BIG-registratie (structureel) te controleren.
— Het diploma is voldoende om kwalificatie aan te tonen.
— Raadplegen van het BIG-register het heeft geen prioriteit.
— Wij zijn niet op de hoogte van mogelijkheden om gebruik te maken van het BIG-register.

Op welke manier gaat uw instelling na of en hoe nieuwe artikel 3-beroepsbeoefenaren zijn ingeschreven in het BIG-register?
[Alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren; Antwoordopties: Ja, nee en weet niet]
— Voor iedere nieuwe beroepsbeoefenaar wordt dit nagegaan bij het BIG-register.
— Steekproefsgewijs wordt dit nagegaan bij het BIG-register.
— Iedere nieuwe beroepsbeoefenaar wordt gevraagd naar het bewijs van inschrijving in het BIG-register.
— Bij twijfel of onduidelijkheid over de registratie wordt dit nagegaan bij het BIG-register.
— In het geheel niet.

Op welke manier gaat uw instelling na of en hoe de inschrijfstatus van al werkzame artikel 3-beroepsbeoefenaren is gewijzigd in het BIG-register?
[Alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren; Antwoordopties: Ja, nee en weet niet]
— Periodiek wordt dit van alle beroepsbeoefenaren nagegaan.
— Periodiek wordt voor elke medisch specialist nagegaan of deze een herregistratie heeft verkregen.
— Periodiek wordt dit van een steekproef van beroepsbeoefenaren nagegaan.
— Bij twijfel of klachten over een beroepsbeoefenaren wordt dit nagegaan.
— Indien de zorgverzekeraar hiernaar informeert in het kader van een te sluiten overeenkomst met een beroepsbeoefenaar wordt dit nagegaan.
— Voor elke buitenlandse beroepsbeoefenaar wordt nagegaan of deze (on) geclausuleerd is ingeschreven.
— In het geheel niet.

Op welke manier gaat uw instelling na of een artikel 3 beroepsbeoefenaar is doorgehaald, een maatregel opgelegd heeft gekregen door een tuchtcollege en/of bevoegdheidsbeperkende bevelen opgelegd heeft gekregen door de IGZ?
[Alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren; Antwoordopties: Ja, nee en weet niet]
— Dit wordt nagegaan voor alle nieuwe werknemers.
— Steekproefsgewijs voor nieuwe werknemers.
— Periodiek voor alle werkzame werknemers.
— Steekproefsgewijs voor werkzame werknemers.
— Wanneer daar een concrete aanleiding toe bestaat.
— Incidenteel.
— In het geheel niet.

Gaat uw instelling na of een artikel 34-beroepsbeoefenaar (paramedisch beroep) zijn titel terecht gebruikt?
[Alleen voor instellingen met artikel 34-beroepsbeoefenaren; Meerdere antwoorden mogelijk]
☐ Ja, voor nieuwe werknemers
☐ Ja, voor bestaande werknemers
☐ Nee
☐ Weet niet

Op welke manier gaat uw instelling na of een artikel 34-beroepsbeoefenaar (paramedisch beroep) zijn titel terecht gebruikt?
[Alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren; Afhankelijk van andere vraag; Antwoordopties: wanneer daar aanleiding voor is, steekproef en altijd]
— Een artikel 34-beroepsbeoefenaar wordt gevraagd naar zijn diploma.
— Bij het opleidingsinstituut wordt nagegaan of een artikel 34-beroepsbeoefenaar de betreffende opleiding heeft voltooid.
— Van een artikel 34-beroepsbeoefenaar wordt bij het Kwaliteitsregister Paramedici of het register van de beroepsgroep nagegaan of hij is ingeschreven.
— Bij het DUO (IB-groep/diplomaregister) wordt nagegaan of een artikel 34-beroepsbeoefenaar de betreffende opleiding heeft voltooid.

In hoeverre is uw instelling het eens met de onderstaande stellingen?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee oneens]

- Het verkrijgen van informatie uit het BIG-register is eenvoudig.
- De informatie die het BIG-register verschaft over hulpverleners is voldoende.
- Het nagaan van wijzigingen van de BIG-registratie van hulpverleners is tijdrovend voor de instelling.
- Het BIG-register bevat voor de instelling te beperkte informatie over de hulpverleners.
- Het feit dat niet alle paramedische beroepen worden geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici brengt onduidelijkheid met zich mee voor de instelling.
- Hulpverleners dienen hun BIG-nummer op hun recept- en briefpapier te vermelden.
- Hulpverleners met een beschermde titel dienen een herkenningsteken (bv. speld of badge) te dragen.
- Het behoort tot de taak van de instelling om te controleren dat BIG-geregistreerden hun registratie op orde hebben.

Buitenlands gediplomeerden

Werken er in uw instelling buitenland gediplomeerde zorgverleners?
[Meerdere antwoorden mogelijk]

- ☐ Ja, buitenlands gediplomeerden zorgverleners van binnen de EER.
- ☐ Ja, buitenlands gediplomeerde zorgverleners van buiten de EER.
- ☐ Nee

Ondervindt uw instelling de volgende knelpunten met buitenlands gediplomeerde zorgverleners?
[Afhankelijk van andere vraag; Antwoordopties: Ja veel, ja enigszins, nee nauwelijks en helemaal niet]

- De instelling ondervindt cultuurverschillen.
- De instelling ondervindt knelpunten als gevolg van het feit dat de beheersing van de Nederlandse taal niet voldoende is.
- Er is te veel tijd gemoeid met het BIG-registratietraject voor buitenlands gediplomeerde zorgverleners van binnen de EER.
- Het opleidingsniveau van buitenlandsgediplomeerde zorgverleners verschilt met die van Nederlands gediplomeerden.
- Er is te veel tijd gemoeid met het BIG-registratietraject voor buitenlands gediplomeerde zorgverleners van buiten de EER.

Herregistratie

Inleidende tekst

Op dit moment moeten alleen verpleegkundigen, fysiotherapeuten en verloskundigen zich op 31 december 2013 herregistreren, tenzij de hulpverlener zich na 31 december 2008 heeft ingeschreven. In dat geval ligt de datum van herregistratie vijf jaar na de datum van inschrijving.

Opmerking: deze vraag heeft *geen* betrekking op de herregistratie van (medisch) specialisten in het kader van artikel 14 Wet BIG.

Is uw instelling betrokken bij de herregistratie van verpleegkundigen, fysiotherapeuten en/of verloskundigen?
[Alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren]

☐ Ja
☐ Nee
☐ Weet niet

Op welke wijze is uw instelling betrokken bij de herregistratie van hulpverleners?
[Alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren; Afhankelijk van andere vraag; Meerdere antwoorden mogelijk]

☐ De instelling laat de hulpverleners weten wanneer zij zich moet herregistreren.
☐ De instelling informeert de hulpverleners over de eisen waaraan zij moeten voldoen om zich te kunnen herregistreren.
☐ De instelling geeft desgevraagd aan de hulpverlener een uitdraai van de urenadministratie ten behoeve van herregistratie.
☐ De instelling geeft desgevraagd aan de hulpverlener een werkgeversverklaring ten behoeve van herregistratie.
☐ De instelling zorgt voor adequaat onderwijs wanneer de hulpverlener dit nodig heeft ten behoeve van herregistratie.
☐ Anders, namelijk ...
☐ Weet niet

Opleidingseisen en deskundigheidsgebied

Hieronder staan stellingen over de inhoud van de opleidingen. Kunt u aangeven welke stellingen overeenkomen met de mening van uw instelling?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee oneens]

— De opleiding die hulpverleners hebben gevolgd, sluit aan bij de beroepspraktijk.
— De opleidingen van hulpverleners besteden voldoende aandacht aan recente ontwikkelingen.
— De opleidingen van hulpverleners besteden voldoende aandacht aan samenwerking en ketenzorg.
— De opleidingen van hulpverleners besteden voldoende aandacht aan patiëntveiligheid.
— Pas gediplomeerde hulpverleners moeten aanvullend worden geschoold voordat zij naar behoren kunnen functioneren in de beroepspraktijk.

Heeft uw instelling een rol in de samenstelling van (en inhoud van) het opleidingsprogramma van beroepsopleidingen?

☐ Ja
☐ Nee
☐ Weet niet

Welke rol speelt uw instelling in de samenstelling van (en inhoud van) het opleidingsprogramma van beroepsopleidingen?
[Afhankelijk van andere vraag; Meerdere antwoorden mogelijk]

- ☐ De instelling heeft contact met opleidingen over dit onderwerp.
- ☐ De instelling geeft regelmatig feedback over dit onderwerp aan opleidingen.
- ☐ Hulpverleners van de instelling geven les aan één (of meer) opleiding(en).
- ☐ De instelling heeft contact met het ministerie over dit onderwerp.
- ☐ De instelling heeft contact met de koepels van de opleidingen over dit onderwerp (bijv. MBO-raad, HBO-raad, VSNU).
- ☐ De instelling heeft contact met de beroepsverenigingen over dit onderwerp.
- ☐ Anders, namelijk ...
- ☐ Weet niet

Speelt uw instelling een rol bij de nascholing van hulpverleners?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet niet

Welke rol speelt uw instelling bij de nascholing van de hulpverleners?
[Afhankelijk van andere vraag; Meerdere antwoorden mogelijk]

- ☐ De instelling wijst de hulpverleners op nascholingsmogelijkheden.
- ☐ De instelling verzorgt de nascholing van hulpverleners zelf.
- ☐ De instelling financiert de nascholing van hulpverleners.
- ☐ De instelling stelt nascholing verplicht.
- ☐ Anders, namelijk ...
- ☐ Weet niet

Voorbehouden handelingen

Alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren

Inleidende tekst

In de Wet BIG zijn handelingen aangewezen die, als ze verricht worden door ondeskundigen, onverantwoorde risico's voor de gezondheid van patiënten kunnen opleveren. Deze voorbehouden handelingen zijn voorbehouden aan een aantal beroepsbeoefenaren.

Worden binnen uw instelling voorbehouden handelingen uitgevoerd?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet niet

Op welke wijze is het beleid ten aanzien van voorbehouden handelingen uitgewerkt in uw instelling?
[Antwoordopties: ja, nee en weet niet]

- Op afdelingsniveau is er beleid ten aanzien van voorbehouden handelingen, maar niet op instellingsniveau.
- Er is een beleidsnotitie ten aanzien van voorbehouden handelingen.
- Er is een beschrijving van de in de instelling voorkomende voorbehouden handelingen.
- Er is een training- en scholingsbeleid voor beroepsbeoefenaren voor het verrichten van voorbehouden handelingen.
- Er zijn protocollen/richtlijnen voor bepaalde voorbehouden handelingen.
- Er zijn protocollen/richtlijnen voor alle voorbehouden handelingen.
- Er zijn bekwaamheidsverklaringen voor individuele beroepsbeoefenaren voor het verrichten van voorbehouden handelingen.
- Er zijn bekwaamheidsverklaringen voor groepen beroepsbeoefenaren voor het verrichten van voorbehouden handelingen.
- Er is schriftelijk toetsings- en bijstellingsbeleid ten aanzien van het omgaan met voorbehouden handelingen.
- Wij voeren geen beleid gericht op voorbehouden handelingen.

Waarom voert uw instelling geen beleid ten aanzien van voorbehouden handelingen?
[Meerdere antwoorden mogelijk]

- [ ] Dit is de verantwoordelijkheid van de individuele hulpverlener.
- [ ] Het aantal voorbehouden handelingen dat in de instelling wordt verricht, is beperkt.
- [ ] Anders, namelijk ….

Taakherschikking en samenwerking

Inleidende tekst

Taakherschikking is de structurele herverdeling van taken en bijbehorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg. Hierbij kan gedacht worden aan het uitvoeren van routinematige medische handelingen - die eerder alleen door artsen werden uitgevoerd -door verpleegkundig specialisten en physician assistants.

Maakt uw instelling gebruik van de mogelijkheid van taakherschikking?
[Alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren]

- [ ] Ja, structureel
- [ ] Ja, regelmatig
- [ ] Ja, incidenteel
- [ ] Nee
- [ ] Weet niet

Op welke manier maakt uw instelling gebruik van taakherschikking? (van welke naar welke hulpverlener en voor welke taken?) [Alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren; Afhankelijk van andere vraag; Open antwoordcategorie]

Welke van de onderstaande beweringen zijn van toepassing op de afspraken binnen uw instelling over de verantwoordelijkheidsverdeling rond taakherschikking?
[Alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren; Afhankelijk van andere vraag; Antwoordopties: ja, nee en weet niet]
— Er zijn in mijn instelling geen afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheidsverdeling rond taakherschikking.
— De afspraken zijn op schrift gesteld.
— De afspraken zijn beschikbaar voor inzage.
— De afspraken zijn bekend bij de bij taakherschikking betrokken beroepsbeoefenaren.
— De afspraken worden regelmatig geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

Is de verantwoordelijkheidsverdeling rond taakherschikking binnen uw instelling schriftelijk vastgelegd op de volgende punten?
[Alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren; Afhankelijk van andere vraag; Antwoordopties: ja, nee en weet niet]
— Tussen individuele beroepsbeoefenaren onderling.
— Tussen individuele beroepsbeoefenaren en de afdelingsleiding.
— Tussen de afdelingsleiding en het bestuur van de instelling.
— Tussen het bestuur van de instelling en interne toezichthouders.

Wordt binnen uw instelling in samenwerkingsverbanden, waarin meerdere zorgverleners betrokken zijn bij één patiënt, zorg verleend?
[Alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren]
☐ Ja, structureel
☐ Ja, regelmatig
☐ Ja, incidenteel
☐ Nee
☐ Weet niet

Zijn de onderstaande beweringen van toepassing op de afspraken over samenwerking binnen uw instelling?
[Alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren; Afhankelijk van andere vraag; Antwoordopties: ja, nee en weet niet]
— Er zijn afspraken gemaakt over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden.
— Als sprake is van samenwerking, is een aanspreekpunt voor de patiënt aangewezen.
— Er is een punt aangewezen waar de patiënt een klacht kan indienen.
— De afspraken zijn geheel of gedeeltelijk schriftelijk vastgelegd.
— De afspraken zijn bekend bij de beroepsbeoefenaren die bij de samenwerking betrokken zijn.
— De afspraken liggen ter inzage.
— De afspraken worden regelmatig geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.
— Er zijn in mijn instelling geen afspraken gemaakt over samenwerking.

Verleent uw instelling zorg in samenwerkingsverbanden met andere instellingen?
[Alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren]

- [ ] Ja, structureel
- [ ] Ja, regelmatig
- [ ] Ja, incidenteel
- [ ] Nee
- [ ] Weet niet

Zijn de onderstaande beweringen van toepassing op de afspraken over samenwerking met andere instellingen?
[Alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren; Afhankelijk van andere vraag; Antwoordopties: ja, nee en weet niet]

— Er zijn afspraken gemaakt over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden.
— Als sprake is van samenwerking, is een aanspreekpunt voor de patiënt aangewezen.
— Er is een punt aangewezen waar de patiënt een klacht kan indienen.
— De afspraken zijn geheel of gedeeltelijk schriftelijk vastgelegd.
— De afspraken zijn bekend bij de beroepsbeoefenaren die bij de samenwerking betrokken zijn.
— De afspraken liggen ter inzage.
— De afspraken worden regelmatig geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.
— Er zijn in mijn instelling geen afspraken gemaakt over het verlenen van zorg in samenwerkingsverbanden met andere instellingen.

Alternatieve/complementaire behandelwijzen

Voor de gehele groep: alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren

Steeds meer BIG-geregistreerden gaan over tot het aanbieden van alternatieve behandelwijzen (zoals acupunctuur, homeopathie of neuraaltherapie).

Zijn er binnen uw instelling BIG-geregistreerden (artikel 3-beroepsbeoefenaren) die naast reguliere ook alternatieve behandelwijzen aanbieden?

- [ ] Ja
- [ ] Nee
- [ ] Weet niet

Welke vormen van alternatieve behandelwijzen worden aangeboden?
[Meerdere antwoorden mogelijk]

- [ ] Acupunctuur
- [ ] Homeopathie
- [ ] Neuraaltherapie
- [ ] Antroposofische geneeskunde
- [ ] Natuurgeneeskunde
- [ ] Ayurvedische geneeskunde
- [ ] Traditionele chinese geneeskunde
- [ ] Anders, namelijk ....

Is er naar de mening van uw instelling controle nodig op de BIG-geregistreerden die alternatieve behandelwijzen aanbieden en zo ja wie is daar primair verantwoordelijk voor?

- ☐ Nee, dat is niet nodig.
- ☐ Ja, de beroepsorganisaties zijn daar verantwoordelijk voor.
- ☐ Ja, de zorgverzekeraars zijn daar verantwoordelijk voor.
- ☐ Ja, de overheid is daar verantwoordelijk voor.

Ook niet BIG-geregistreerden kunnen over gaan tot het aanbieden van alternatieve behandelwijzen. Is er naar de mening van uw instelling controle nodig op de niet BIG-geregistreerden die alternatieve behandelwijzen aanbieden en zo ja wie is daar primair verantwoordelijk voor?

- ☐ Nee, dat is niet nodig.
- ☐ Ja, de beroepsorganisaties zijn daar verantwoordelijk voor.
- ☐ Ja, de zorgverzekeraars zijn daar verantwoordelijk voor.
- ☐ Ja, de overheid is daar verantwoordelijk voor.

Toezicht

In hoeverre bent u het met de volgende beweringen eens?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee oneens]

- De IGZ grijpt op tijd in als er sprake is van een disfunctionerende beroepsbeoefenaar.
- De IGZ grijpt op de juiste manier in als sprake is van een disfunctionerende beroepsbeoefenaar.
- De IGZ dient voldoende klachten in tegen disfunctionerende beroepsbeoefenaren bij de Regionale Tuchtcolleges.
- De IGZ moet met een disfunctionerende beroepsbeoefenaar geen afspraken over de beroepsuitoefening maken, maar een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege.

Is uw instelling in de afgelopen drie jaar geconfronteerd met een van de volgende situaties?
[Antwoordopties: niet, bijna nooit, meerdere incidenten de afgelopen drie jaar, regelmatig incidenten en onbekend]

- Een hulpverlener die verslaafd is aan verdovende middelen.
- Een hulpverlener met een geestelijke stoornis.
- Een hulpverlener die een intieme relatie met een patiënt(e) heeft of heeft onderhouden.
- Een hulpverlener die een patiënt op een onacceptabele wijze heeft bejegend.
- Een hulpverlener die een ernstige medische fout heeft gemaakt.
- Een buitenlandse artikel 3-beroepsbeoefenaar die niet BIG-geregistreerd bleek te zijn.

Toelichtende tekst

Er volgt nu een aantal vragen over de wijze waarop incidenten zijn afgehandeld. Wilt u deze vragen beantwoorden voor het meest recente, bij u bekende dossier wat is afgesloten.

Binnen welke groep viel de hulpverlener die verslaafd is aan verdovende middelen?

Binnen welke groep viel de hulpverlener met een geestelijke stoornis?

Binnen welke groep viel de hulpverlener die een intieme relatie met een patiënt(e) heeft of heeft onderhouden?

Binnen welke groep viel de hulpverlener die een patiënt op een onacceptabele wijze heeft bejegend?

Binnen welke groep viel de hulpverlener die een ernstige medische fout heeft gemaakt?

Binnen welke groep viel de buitenlandse artikel 3-beroepsbeoefenaar die niet BIG-geregistreerd bleek te zijn?

[Afhankelijk van andere vragen]
☐ Artikel 3-beroepsbeoefenaar (BIG-geregistreerd)
☐ Artikel 34-beroepsbeoefenaar (paramedisch beroep)
☐ Weet niet
☐ Geen van beide

Door wie is daar tegen opgetreden?
[Meerdere antwoorden mogelijk; Afhankelijk van andere vragen]
☐ Door de direct leidinggevende
☐ Door de directie van de instelling
☐ Door de Raad van Toezicht van de instelling
☐ Door de Inspectie voor de Gezondheidszorg
☐ Door het regionaal tuchtcollege
☐ Er is niet tegen opgetreden, reden ....
☐ Anders, namelijk....

Op welke manier is opgetreden? De betreffende beroepsbeoefenaar
[Meerdere antwoorden mogelijk; Afhankelijk van andere vragen]
☐ is door de instelling in een gesprek met de situatie geconfronteerd.
☐ heeft een begeleidingstraject ontvangen van de instelling.
☐ is ontslagen door de instelling.
☐ heeft een maatregel opgelegd gekregen door de IGZ.
☐ heeft met de IGZ afspraken gemaakt over beperking van de beroepsuitoefening.
☐ is door de IGZ aangeklaagd bij het Regionaal Tuchtcollege.
☐ is door een rechtstreeks belanghebbende aangeklaagd bij het Regionaal Tuchtcollege.
☐ is vervolgd door het OM.
☐ Anders, namelijk ....

Omgang met klachten

Voor de gehele groep: alleen voor instellingen met artikel 3-beroepsbeoefenaren

Zijn de onderstaande werkwijzen onderdeel van het beleid van uw instelling als een patiënt niet tevreden is over de behandelwijze door een beroepsbeoefenaar?
[Antwoordopties: ja, nee en weet niet]

— Mijn instelling kent geen beleid of vaste werkwijze als een patiënt niet tevreden is over de behandelwijze door een beroepsbeoefenaar.
— De patiënt wordt gewezen op de mogelijkheid om een klacht in te dienen bij de instelling zelf.
— De patiënt wordt gewezen op de mogelijkheid om een klacht in te dienen bij het regionaal tuchtcollege.
— De patiënt wordt gevraagd eerst een gesprek aan te gaan met de betreffende beroepsbeoefenaar, alvorens een klacht in te dienen.

Wie is de (eerst) aangewezen persoon die volgens het beleid van uw instelling de patiënt moet vertellen wat hij kan doen als hij niet tevreden is over de behandelwijze door een beroepsbeoefenaar?

☐ De vertrouwenspersoon
☐ De klachtencoördinator
☐ De beroepsbeoefenaar zelf
☐ Een directe collega van de beroepsbeoefenaar
☐ De leidinggevende van de beroepsbeoefenaar

Strafrecht

Heeft uw instelling beleid ontwikkeld over het doen van aangifte van strafbare feiten gepleegd door een hulpverlener tijdens de uitoefening van de gezondheidszorg?

☐ Ja, namelijk...
☐ Nee
☐ Weet niet

Heeft u na het invullen van deze vragenlijst nog andere opmerkingen over het onderwerp van deze vragenlijst of aanvullingen, dan kunt u die hieronder opschrijven.
[Open antwoordcategorie]

Vragenlijst consumenten

Inleidende tekst

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een register ingesteld voor een aantal beroepen in de gezondheidszorg, het zogenaamde BIG-register. De wet die dit regelt heet de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). Iemand kan zich alleen laten inschrijven in het BIG-register als hij een bepaalde opleiding heeft afgerond.

Had je voor deze vragenlijst ontving wel eens gehoord van het bestaan van het BIG-register?

☐ Ja, zeker wel
☐ Ja, ik geloof van wel
☐ Nee

Raadpleeg je het BIG-register wel eens?
[Afhankelijk van andere vraag]
☐ Ja, vaker dan eens per maand
☐ Ja, eens per maand
☐ Ja, eens per kwartaal
☐ Ja, eens per half jaar
☐ Ja, eens per jaar
☐ Ja, minder dan eens per jaar
☐ Nooit
☐ Weet niet

Waarom heb je het BIG-register geraadpleegd?
[Afhankelijk van andere vraag; Meerdere antwoorden mogelijk]
☐ Om me te helpen bij de keuze voor een zorgverlener
☐ Uit nieuwsgierigheid
☐ Om te zien of mijn zorgverlener in het BIG-register staat
☐ Beroepsmatig
☐ Om te zien of aan mijn zorgverlener een tuchtmaatregel opgelegd is
☐ Anders
☐ Weet ik niet meer

Zijn de volgende uitspraken op jou van toepassing?
[Antwoordopties: ja, nee en neutraal]
— Ik voel mij beschermd door het bestaan van het BIG-register.
— Ik vertrouw erop dat een zorgverlener die een beschermde titel gebruikt dit terecht doet.
— Ik wil een register kunnen raadplegen over een zorgverlener waar ik naar toe ga.
— Ik vertrouw erop dat gezondheidszorginstellingen controleren of hun medewerkers terecht een beschermde titel gebruiken.
— Ik wil kunnen nagaan of er tegen een zorgverlener een gegronde klacht is ingediend.
— De meerwaarde van een BIG-registratie is voor mij als patiënt niet duidelijk.
— Het BIG-register leverde informatie op die ik zocht *[deze laatste stelling alleen tonen, indien 'ja'op eerdere vraag is geantwoord].*

Er zijn verschillende redenen die een rol kunnen spelen bij je keuze voor een zorgverlener. Kun je de volgende redenen in een volgorde zetten van 'meest belangrijk' naar 'minst belangrijk'? (Op 1 staat de reden die je het meest belangrijk vindt en op 5 de reden die je het minst belangrijk vindt)
— De reputatie van de zorgverlener of de instelling waar hij werkt.
— Of de zorgverlener een BIG-registratie heeft.
— De afstand van de zorgverlener tot mijn woonadres.
— De wachttijd voor een behandeling.
— De vergoeding van de behandeling door mijn ziektekostenverzekeraar.

In hoeverre ben je het met de onderstaande stellingen eens?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, niet eens niet oneens, meer oneens dan eens, helemaal mee oneens en weet niet]

- Dankzij de Wet BIG kunnen patiënten een betere keuze maken voor een zorgverlener.
- Hulpverleners met een beschermde titel zouden een herkenningsteken (bijvoorbeeld een speld of badge) moeten dragen.
- Burgers zijn kritisch genoeg om zelf te bepalen naar welke zorgverlener zij gaan.
- Burgers worden door de overheid voldoende beschermd tegen fouten van hulpverleners.
- Burgers zijn onvoldoende in staat om de kwaliteit van zorg door hulpverleners te beoordelen.

In de Wet BIG zijn bepalingen opgenomen over het tuchtrecht voor hulpverleners in de gezondheidszorg. Medisch tuchtrecht is een vorm van rechtspraak. Een tuchtcollege bestaande uit medici en juristen beoordeelt of een hulpverlener volgens de geldende medische standaard heeft gewerkt.

Stel, jouw hulpverlener heeft een ernstige medische fout gemaakt in uw behandeling. Wat zou je dan doen? Wat zouden voor jou de belangrijkste redenen zijn om een tuchtklacht in te dienen?
[Meerdere antwoorden mogelijk (maximaal drie redenen kiezen)]

- ☐ Ik wil dat de zorg wordt verbeterd.
- ☐ Ik wil voorkomen dat een fout nog een keer wordt gemaakt.
- ☐ Wanneer iemand een fout maakt, moet hij worden bestraft.
- ☐ Ik wil genoegdoening voor wat de zorgverlener mij heeft aangedaan.
- ☐ Ik wil dat de zorgverlener zijn fout toegeeft.
- ☐ Ik wil een schadevergoeding.
- ☐ Anders, namelijk…
- ☐ Weet niet

Stel, je hulpverlener heeft een ernstige medische fout gemaakt in je behandeling. Wat zou je dan doen? Wat zouden voor jou de belangrijkste redenen kunnen zijn om géén tuchtklacht in te dienen?
[Meerdere antwoorden mogelijk (maximaal drie redenen kiezen)]

- ☐ Ik weet niet waar ik met mijn klacht naartoe moet.
- ☐ Ik weet niet over wie ik precies een klacht moet indienen.
- ☐ Ik ben niet het type dat snel klaagt.
- ☐ Ik heb daar geen tijd of geld voor.
- ☐ Ik wil de relatie met mijn zorgverlener niet op het spel zetten.
- ☐ Het levert te veel stress op om een klacht in te dienen.
- ☐ Een klacht indienen levert toch niets op.
- ☐ Anders, namelijk…
- ☐ Weet niet

Stel, je hulpverlener heeft een ernstige medische fout gemaakt in uw behandeling. Wat zou je dan doen? Waar zou je met je klacht naar toegaan?
[Meerdere antwoorden mogelijk (maximaal drie redenen kiezen)]

- ☐ Naar de klachtencommissie van de instelling waar de zorgverlener werkt

- ☐ Naar de media
- ☐ Naar een advocaat
- ☐ Naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
- ☐ Naar het tuchtcollege
- ☐ Naar de politie (aangifte doen)
- ☐ Anders, namelijk…
- ☐ Ik zou met mijn klacht nergens heen gaan.

In hoeverre ben je het met de volgende stellingen eens?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, niet eens niet oneens, meer oneens dan eens, helemaal mee oneens en weet niet]

- Ik vind dat de tuchtcolleges hulpverleners de hand boven het hoofd houden.
- Ik vind het tuchtrecht niet toegankelijk genoeg voor patiënten en betrokkenen.
- Ik weet dat ik een klacht bij het tuchtcollege kan indienen wanneer ik ontevreden ben over mijn zorgverlener.

Bepaalde beroepen in de gezondheidszorg hebben wettelijk beschermde titels. Dit betekent bijvoorbeeld dat de titel arts door een zorgverlener alleen mag worden gebruikt wanneer er aan bepaalde eisen is voldaan.

Welke van de volgende beroepen hebben volgens jou een wettelijk beschermde titel volgens de Wet BIG? *(Wilt u deze vraag beantwoorden voor alle onderstaande titels)*
[Antwoordopties: beschermd, niet beschermd en weet niet]

- Mondhygiënist
- Homeopathisch genezer
- Diëtist
- Huidtherapeut
- Psychotherapeut
- Opticien

In de volgende vragen wordt onder ander het begrip cosmetisch behandelaar en alternatief behandelaar gebruikt.
Met cosmetisch behandelaars bedoelen we mensen die een cosmetische behandeling verrichten waarbij wordt geïnjecteerd, gesneden of gelaserd.
Met alternatief behandelaars bedoelen we behandelaars die niet in het reguliere medische circuit werken.

Zijn de volgende uitspraken op jou van toepassing?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, niet eens niet oneens, meer oneens dan eens, helemaal mee oneens en weet niet]

- Ik heb meer vertrouwen in *alternatieve* behandelaars dan in reguliere behandelaars.
- Ik vind dat er onvoldoende bescherming is tegen *alternatieve* behandelaars die fouten maken.
- Ik heb behoefte aan een herkenbaar kwaliteitskenmerk voor *alternatieve* behandelaars.
- Ik vind dat er onvoldoende bescherming is tegen *cosmetisch* behandelaars die fouten maken.

— Ik heb behoefte aan een herkenbaar kwaliteitskenmerk voor *cosmetisch* behandelaars.

Hoe vaak heb je in de afgelopen 12 maanden contact gehad met een reguliere zorgverlener?
[Antwoordopties: vaker dan eens per maand, eens per maand, eens per kwartaal, eens per half jaar, eens per jaar en nooit]
— Huisarts
— Medisch specialist
— Overige hulpverleners (bijvoorbeeld fysiotherapeut, oefentherapeut)

Hoe vaak heb je in de afgelopen 12 maanden de volgende behandelingen ondergaan?
[Antwoordopties: vaker dan eens per maand, eens per maand, eens per kwartaal, eens per half jaar, eens per jaar en nooit]
— Alternatieve behandeling
— Cosmetisch behandeling waarbij wordt geïnjecteerd, gesneden of gelaserd

Dit is het einde van de vragenlijst. Wanneer er nog dingen zijn die je graag kwijt wilt, die niet aan de orde zijn gekomen in deze vragenlijst, kun je deze hier melden.
[Open antwoordcategorie]

Vragenlijst voor leden tuchtcollege en advocaten

Algemeen

In welke hoedanigheid maakt u deel uit van het tuchtcollege?
[Alleen voor leden tuchtcolleges]
☐ (plv) voorzitter
☐ (plv) lid-jurist
☐ (plv) lid-apotheker
☐ (plv) lid-arts
☐ (plv) lid-fysiotherapeut
☐ (plv) lid-gezondheidszorgpsycholoog
☐ (plv) lid-psychotherapeut
☐ (plv) lid-tandarts
☐ (plv) lid-verloskundige
☐ (plv) lid-verpleegkundige

Oefent u naast uw functie als lid-beroepsgenoot uw beroep nog in de praktijk uit?
[Afhankelijk van andere vraag; Alleen voor leden tuchtcolleges]
☐ Ja
☐ Nee

Sinds welk jaar oefent u uw beroep in de praktijk niet meer uit?
[Afhankelijk van andere vraag; Alleen voor leden tuchtcolleges]
[Jaartal invullen]

Sinds wanneer bent u lid van het tuchtcollege?
[Alleen voor leden tuchtcolleges]
[Jaartal invullen]

Hoe vaak neemt u naar schatting gemiddeld per jaar deel aan de behandeling van een tuchtklacht?
[Alleen voor leden tuchtcolleges]
[Open antwoord]

Sinds wanneer bent u als advocaat betrokken bij tuchtzaken in de gezondheidszorg?
[Alleen voor advocaten]
[Jaartal invullen]

Behandelt u tuchtklachten voor (naasten van) patiënten of staat u beroepsbeoefenaren bij tijdens de behandeling van een tegen hen gerichte tuchtklacht?
[Alleen voor advocaten]

- ☐ Ik behandel tuchtklachten voor (naasten van) patiënten.
- ☐ Ik sta beroepsbeoefenaren bij.
- ☐ Beide
- ☐ Anders, namelijk ...

Hoe vaak behandelt u naar schatting gemiddeld per jaar een tuchtklacht bij een tuchtcollege voor de gezondheidszorg?
[Alleen voor advocaten; Aantal invullen]

Tuchtrecht algemeen

In hoeverre bent u het met de volgende beweringen eens?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee eens]

- Het tuchtcollege sluit bij de beoordeling van tuchtklachten voldoende aan bij wat door beroepsbeoefenaren als zorgvuldig handelen wordt aangemerkt.
- Het systeem van tuchtrechtspraak biedt voldoende waarborgen om de belangen van patiënten te beschermen.
- Het systeem van tuchtrechtspraak biedt voldoende waarborgen om de belangen van de beroepsbeoefenaren te beschermen.

Samenstelling tuchtcolleges

De Regionale Tuchtcolleges bestaan uit twee leden-juristen (waaronder de voorzitter) en drie leden-beroepsgenoten. Wat vindt u van de huidige verhouding tussen juristen en beroepsgenoten in de Regionale Tuchtcolleges?

- ☐ De verhouding is goed.
- ☐ Minder juristen en meer beroepsgenoten zou mijn voorkeur hebben.
- ☐ Meer juristen en minder beroepsgenoten zou mijn voorkeur hebben.

- ☐ Het is niet nodig dat juristen zitting in het tuchtcollege hebben.
- ☐ Het is niet nodig dat beroepsgenoten zitting in het tuchtcollege hebben.
- ☐ Geen mening.

Het Centraal Tuchtcollege bestaat uit drie leden-juristen (waaronder de voorzitter) en twee leden-beroepsgenoten. Wat vindt u van de huidige verhouding tussen juristen en beroepsgenoten in het Centraal Tuchtcollege?

- ☐ De verhouding is goed.
- ☐ Minder juristen en meer beroepsgenoten zou mijn voorkeur hebben.
- ☐ Meer juristen en minder beroepsgenoten zou mijn voorkeur hebben.
- ☐ Het is niet nodig dat juristen zitting in het tuchtcollege hebben.
- ☐ Het is niet nodig dat beroepsgenoten zitting in het tuchtcollege hebben.
- ☐ Geen mening.

In hoeverre bent u het met de volgende beweringen eens?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee eens]

- Een lid-beroepsgenoot dient uiterlijk twee jaar na het neerleggen van de praktijk te stoppen met het lidmaatschap van het tuchtcollege.
- Bij de beoordeling van een klacht dient altijd een beroepsgenoot van het betreffende specialisme betrokken te zijn.

Toegang tot het Regionale Tuchtcollege en behandeling ter zitting

In hoeverre bent u het met de volgende beweringen eens?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee eens]
Een klager zou *verplicht* moeten zijn om:

- Zich tijdens een tuchtprocedure te laten bijstaan door een advocaat of andere rechtshulpverlener.
- Voorafgaand aan het indienen van de klacht deze te bespreken met de betrokken beroepsbeoefenaar.
- Via de Inspectie voor de Gezondheidszorg de klacht in te dienen.
- De klacht eerst in te dienen bij de klachtencommissie van de instelling.

In hoeverre bent u het met de volgende beweringen eens?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee eens]

- Het tuchtrecht is niet toegankelijk genoeg voor patiënten en betrokkenen.
- Binnen het tuchtrecht heeft de klager voldoende ruimte om zijn verhaal te doen.
- Door het gebruik van medisch jargon is de bespreking ter zitting voor klagers moeilijk te begrijpen.
- De tuchtcolleges moeten op dit moment te veel tijd besteden aan klachten die toch ongegrond worden verklaard.

De verjaringstermijn voor medische tuchtzaken is 10 jaar. Wat vindt u van deze termijn?

- ☐ Te kort
- ☐ Precies goed
- ☐ Te lang
- ☐ Geen mening

Samenwerking en ketenzorg

Het tuchtrecht is toegespitst op de individuele beroepsbeoefenaar. Steeds meer zorg vindt plaats in organisatorische verbanden zoals ketens, zorgpaden en huisartsenposten. Punt van kritiek de laatste jaren is daarom of het instrumentarium van het tuchtrecht wel voldoende is toegesneden op de huidige gezondheidszorg. Hieronder staan enkele beweringen. In hoeverre bent u het met deze beweringen eens?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee eens]

— Het tuchtcollege zou de mogelijkheid moeten hebben om een klacht die niet tegen de juiste zorgverlener is ingediend, in behandeling te kunnen nemen tegen de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de schade die is toegebracht.
— Klachten die gaan over organisatorische tekortkomingen horen niet bij de tuchtcolleges thuis, maar bij klachtencommissies van de organisatie (bijv. ziekenhuis of huisartsenpost).
— Het indienen van een tuchtklacht tegen een collectief van zorgverleners (bijvoorbeeld maatschap, zorggroep) moet mogelijk gemaakt worden.

Reikwijdte tuchtnorm

Biedt de eerste tuchtnorm voldoende mogelijkheden om klachten over ketenzorg en andere samenwerkingsverbanden te kunnen toetsen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet niet
- ☐ Ruimte voor toelichting in open veld.

Vindt u dat de beperking tot individuele gezondheidszorg in de tweede tuchtnorm moet vervallen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet niet
- ☐ Ruimte voor toelichting in open veld.

Sancties en rol Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

Maatregelen worden sinds kort gepubliceerd op de website van het BIG-register en in regionale dagbladen. Hieronder staan een aantal stellingen over het opleggen van deze maatregelen. In hoeverre bent u het met de volgende beweringen eens?

[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee oneens]
- Het opleggen van een maatregel beschadigt een zorgverlener dusdanig dat hij zijn beroep niet goed meer kan uitoefenen.
- Doordat maatregelen gepubliceerd worden zal terughoudend omgegaan worden met het opleggen van een berisping.
- Ingrijpende sanctiemogelijkheden, zoals schorsing en doorhaling van de registratie, worden te weinig toegepast.

In hoeverre bent u het met de volgende beweringen eens?
[Antwoordopties: helemaal mee eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en helemaal mee eens]
- De IGZ zou vaker tuchtklachten moeten indienen.
- Het toezicht op de tenuitvoerlegging van opgelegde maatregelen dient door de Inspectie voor de Gezondheidszorg te worden uitgeoefend.

Cosmetische en alternatieve behandelaars

Er is discussie over de vraag of voorbehouden handelingen die niet tot doel hebben de gezondheid van de patiënt te bevorderen, onder de reikwijdte van de Wet BIG vallen of moeten vallen. Wat is uw mening hierover?
- ☐ Voorbehouden handelingen moeten altijd onder de reikwijdte van de Wet BIG vallen, ook als ze niet tot doel hebben de gezondheid van de patiënt te bevorderen.
- ☐ Voorbehouden handelingen moeten alleen onder de reikwijdte van de Wet BIG vallen, als ze tot doel hebben de gezondheid van de patiënt te bevorderen.

Vindt u dat de tuchtcolleges voldoende expertise hebben om te oordelen over alternatieve behandelwijzen die uitgevoerd zijn door BIG-geregistreerde behandelaars?
- ☐ Ja, de expertise van de tuchtcolleges op dit terrein is goed.
- ☐ Ja, de expertise van de tuchtcolleges op dit terrein is voldoende.
- ☐ Nee, de expertise van de tuchtcolleges op dit terrein is matig.
- ☐ Nee, de expertise van de tuchtcolleges op dit terrein is onvoldoende.
- ☐ Geen mening.

Strafrecht

Vindt u dat bij disfunctionerende zorgverleners vaker strafrechtelijke vervolging zou moeten plaatsvinden?
- ☐ Nee, hiervoor is het tuchtrecht meer geschikt.
- ☐ Nee, er wordt al vaak genoeg strafrechtelijk vervolgd.
- ☐ Ja, strafrechtelijke vervolging zou vaker moeten plaatsvinden.
- ☐ Geen mening.

Hieronder is een aantal situaties beschreven. Kunt u bij de volgende situaties aangeven of de zorgverlener vervolgd moet worden, en zo ja, via het tuchtrecht of via het strafrecht?
[Antwoordopties: ja, strafrecht; ja, tuchtrecht; nee en geen mening]

- Een medisch specialist stelt een verkeerde diagnose, waardoor de patiënt overlijdt.
- Doordat het instrumentarium in de OK niet goed functioneert (de onderhoudsbeurt is vanwege economische motieven geannuleerd), overlijdt de patiënt.
- Een huisarts is verslaafd aan alcohol, maar voert nog steeds zijn praktijk.
- Een medisch specialist is werkzaam in een Nederlands ziekenhuis, terwijl hij in het buitenland een maatregel opgelegd heeft gekregen op grond waarvan hij zijn beroep niet mag uitoefenen.
- Binnen een maatschap van medisch specialisten wordt een medische praktijk gevoerd die afwijkt van door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen.
- Een psychiater heeft een intieme relatie met een patiënt.

Kunt u bij de volgende situaties aangeven of u van mening bent dat strafrechtelijke vervolging moet worden ingezet, en zo ja, wie moet worden vervolgd?
[Antwoordopties: ja, de individuele zorgverlener; ja, de zorginstelling; ja, de hulpverlener en de zorginstelling; nee en geen mening]

- Een medisch specialist stelt een verkeerde diagnose, waardoor de patiënt overlijdt.
- Doordat het instrumentarium in de OK niet goed functioneert (de onderhoudsbeurt is vanwege economische motieven geannuleerd), overlijdt de patiënt.
- Een medisch specialist is werkzaam in een Nederlands ziekenhuis, terwijl hij in het buitenland uit zijn beroep is gezet.
- Binnen een maatschap van medisch specialisten wordt een medische praktijk gevoerd die afwijkt van door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen.

Alternatieve behandelaars zonder BIG-registratie

Deze groep is alleen voor advocaten

Klachten tegen alternatieve behandelaars die niet in het BIG-register zijn opgenomen kunnen, evenals andere niet BIG-geregistreerde beroepen, niet bij de tuchtrechter ingediend worden. Vindt u dat de Wet BIG meer bescherming zou moeten bieden aan burgers die hulp zoeken bij niet BIG-geregistreerde alternatieve behandelaars?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet niet
- ☐ Ruimte voor toelichting in open veld.

Dient er een strafrechtelijk gesanctioneerde zorgplicht voor de niet BIG-geregistreerde alternatieve behandelaar in de Wet BIG te worden vastgelegd?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet niet
- ☐ Ruimte voor toelichting in open veld.

Welke onderdelen dient een dergelijke zorgplicht voor niet BIG-geregistreerde alternatieve behandelaren te omvatten?
[Meerdere antwoorden mogelijk]

- ☐ Een duidelijke, eerlijke en objectieve voorlichting aan de patiënt over diagnose en behandeling.
- ☐ Het gebruik van (maatschappelijk c.q wetenschappelijk) aanvaardbare methoden en technieken (conform de professionele standaard van de eigen beroepsgroep).
- ☐ Een plicht om te verwijzen naar de reguliere zorg, ook als de patiënt daar anders over denkt.

Schending van de zorgplicht vindt plaats als er verwijtbaar geen goede of verantwoorde zorg wordt verleend. Kan ook in de volgende gevallen een schending van de zorgplicht bij niet BIG-geregistreerde alternatieve behandelaars worden aangenomen?
[Antwoordopties: ja, nee en weet niet]

- Als er geen concrete benadeling of schade aan de gezondheid (dan wel de kans daarop) kan worden vastgesteld.
- Als bij de alternatieve behandeling een reguliere arts betrokken is geweest.
- Als de alternatieve behandelaar niet naar een reguliere arts verwijst indien dat medisch noodzakelijk is, zelfs als de patiënt daar anders over denkt.

Strafbepalingen

Deze groep is alleen voor advocaten

Inleidende tekst

In artikel 96 Wet BIG is de norm voor strafrechtelijke vervolging opgenomen. Deze norm is eveneens van toepassing op alternatieve behandelaars. Strafbaar volgens dit artikel is ‘het veroorzaken van schade aan de gezondheid van een ander én het veroorzaken van een aanmerkelijke kans daarop’.

Vindt u de norm in de Wet BIG voor strafrechtelijke vervolging van alternatieve behandelaars voldoende scherp?

- ☐ Ja, de norm is voldoende scherp.
- ☐ Ja, de norm is voldoende scherp, maar er wordt niet voldoende door het OM opgetreden.
- ☐ Nee, de norm is niet scherp genoeg.
- ☐ Weet niet.

Zo nee, welke elementen mist u in de delictsomschrijving van art. 96 Wet BIG?
[Open antwoordcategorie]

Heeft u na het invullen van deze vragenlijst nog andere opmerkingen over het onderwerp van deze vragenlijst of aanvullen, dan kunt u die hieronder opschrijven.
[Open antwoordcategorie]

Vragenlijst organisatieniveau en verzekeraars

Op de onderstaande vragen konden organisaties en verzekeraars schriftelijk reageren. Er waren geen meerkeuze antwoorden.

Ervaring & visie

Wat zijn de ervaringen van uw organisatie met de Wet BIG?

Is uw organisatie van oordeel dat bepaalde beroepen op grond van de Wet BIG titelbescherming behoren te krijgen en zo ja, met welke reden?

Informatie

Alleen voor beroepsorganisaties

Zijn er binnen uw beroepsgroep gedragsregels opgesteld over het feit dat de hulpverlener de patiënt moet informeren over diens hoedanigheid?

Wordt binnen uw beroepsgroep gebruik van het BIG-nummer gestimuleerd?

Heeft uw organisatie een eigen (kwaliteits)register ingesteld? Zo ja, waarom is dat ingesteld en hoe is dat register opgezet (wat zijn bijvoorbeeld de eisen om in dit register te komen en wie kan het register inzien).

Wijst uw organisatie de leden op uitspraken van de tuchtrechter (bijvoorbeeld op de website/in een nieuwsbrief)?

Contract/vergoedingen

Alleen voor verzekeraars

Welke punten spelen een rol bij het aangaan van een contract met een instelling/beroepsverlener en wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen reguliere zorg, alternatieve zorg en cosmetische zorg? (bijvoorbeeld BIG-registratie, kwaliteitsregistratie, lid van bepaalde beroepsorganisatie).

Knelpunten

Komen er in uw organisatie signalen binnen dat er zich in de praktijk knelpunten voordoen ten aanzien van:

— de registratie en titelbescherming van beroepsbeoefenaren
— de regeling voorbehouden handelingen
— het begrip individuele gezondheidszorg
— het wettelijk tuchtrecht

— de strafbepalingen in de Wet BIG

Zo ja, om welke knelpunten gaat het?

Aanvullende informatie

Beschikt u over informatie, die door uw organisatie is ontwikkeld of vergaard met betrekking tot de Wet BIG, die voor de evaluatie van belang zou kunnen zijn (bijvoorbeeld onderzoeks- of evaluatierapporten, inventarisaties onder leden, registraties van vragen aan helpdesks en voorlichtingsbrochures?). Zou u deze informatie mee kunnen sturen met uw reactie?

Bijlage 7

Lijst geïnterviewde personen

de heer R. Bakker, vervolgopleidingen geestelijke gezondheidszorg
mevrouw N. Cremers, beleidsmedewerker, Zorgverzekeraars Nederland
mevrouw N. Eken-de Vos, beleidssecretaris Expertisecentrum Medische Zaken, OM Rotterdam
mevrouw S. Geers, directeur Stichting Kwaliteitsregister Paramedici
de heer H. van Griensven, voorzitter Regionaal Tuchtcollege Eindhoven
mevrouw M. van der Hart, secretaris Regionaal Tuchtcollege Eindhoven
de heer H. Hermans, voorzitter Regionaal Tuchtcollege Groningen
de heer J. Holtrop, voorzitter Regionaal Tuchtcollege Amsterdam
mevrouw G. Huntjes, secretaris Regionaal Tuchtcollege Den Haag
mevrouw J. Konings, clusterhoofd Registers, CIBG
de heer H. Lutgert, secretaris Centraal Tuchtcollege
de heer H. Middelplaats, afdelingshoofd Beroepen, Opleidingen en Arbeidsmarkt, ministerie VWS
mevrouw M. Reith, Inspectie voor de Gezondheidszorg
mevrouw H. van der Poel-Berkovits, secretaris Regionaal Tuchtcollege Zwolle
de heer B. Oeseburg, coördinator vervolgopleidingen verpleegkundige, Wenckebach Instituut
mevrouw B. Prins, Inspectie voor de Gezondheidszorg
mevrouw L. Sarlemijn, voorzitter Regionaal Tuchtcollege Den Haag
de heer A. Scholten, voorzitter Centraal Tuchtcollege
de heer R. Seldenrijk, voorzitter Patiënten Platform voor Complementaire Gezondheidszorg
de heer A. Smit, voorzitter Regionaal Tuchtcollege Zwolle
mevrouw M. Versluijs, beleidsmedewerker Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
de heer P. Weijenberg, functioneel beheerder, CIBG
mevrouw M. Wildeman, beleidsmedewerker Beroepen en Opleidingen, ministerie VWS

Daarnaast is in het kader van het vragenlijstonderzoek en de schriftelijke ronde onder organisaties eveneens telefonisch met een aantal personen gesproken.

Bijlage 8

Lijst deelnemende organisaties

Zorgvragers

Consumentenbond
Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV)
Patiënten Platform Complementaire Gezondheidszorg (PPCG)

Zorgaanbieders

Artikel 3

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)
Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
Nederlandse Vereniging voor de Gezondheidspsychologie en haar specialismen (NVGzP)
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

Artikel 14

Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV)
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA)
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)

Artikel 34

Nederlandse Vereniging Medische Beeldvorming en Radiotherapie (NVMBR)
Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH)
Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM)

Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NVvO)
Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP)
Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF)
Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)
Optima Farma
Optometristen Vereniging Nederland (OVN)
Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT)
Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)

Overig

Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde (AVIG)
Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)
Landelijke vereniging voor operatie-assistenten (LVO)
Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA)
Nederlandse Sociëteit voor Extra Corporale Circulatie (NeSECC)
Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers (NVAM)
Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA)
Nederlandse Vereniging van bioMedisch Laboratoriummedewerkers (NVML)
Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)
Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA)
Nederlandse Vereniging voor Klinisch Chemici (NVKC)
Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)
Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT)
Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGcT)

Koepels

Actiz organisatie van zorgondernemers
GGZ Nederland
Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG)
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)

Verzekeringen

Achmea
ONVZ
VGZ
Zorg & Zekerheid

Bijlage 9

Deelnemers Invitational Conference

de heer prof. dr. G. van der Wal, oud inspecteur-generaal IGZ
de heer mr. D.Y.A. van Meersbergen, adviseur gezondheidsrecht KNMG
mevrouw mr. V.J. Schelfhout-van Deventer, secretaris CSG
mevrouw mr. M.C.I.H. Biesaart, universitair hoofddocent gezondheidsrecht
de heer P.J.M. Koopman, verpleegkundige, oud bestuurder GGZ-instelling en oud-voorzitter CONO
de heer prof. mr. dr. J.K.M. Gevers, emeritus hoogleraar gezondheidsrecht AMC
mevrouw mr. G.M. van Reenen, hoofd stafbureau KNMG
mevrouw drs. N. Kolk, beleidsmedewerker V&VN
mevrouw J.C.H. Konings, clusterhoofd registers CIBG

Bijlage 10

Afkortingen

AGB-code	Algemeen Gegevens Beheer Zorgverleners
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
Arbowet	Arbeidsomstandighedenwet
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AWEG-b	Algemene Wet erkenning EG-beroepskwalificaties
BW	Burgerlijk Wetboek
CBOG	College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
CCMS	Centraal College Medische Specialismen
CDHO	Commissie Doelmatigheid Hoger Onderwijs
CGM	Centrum Gezondheid en Maatschappij
CRV	Centrale Raad voor de Volksgezondheid
CHVG	College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten
Crebo	Centraal Register Beroepsopleidingen
CROHO	Centraal Register Opleidingen Hoger Onderwijs
CGS	College Geneeskundig Specialisten
CMT	College van Medisch Toezicht
CSG	College voor Sociale Geneeskunde
CSV	College Specialismen Verpleegkunde
CTG	Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
CTS	College Tandheelkundig Specialisten
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
CZO	College Zorg Opleidingen
DUO	Dienst Uitvoering Onderwijs
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
Embw	Embryowet
EMZ	Expertisecentrum Medische Zaken
EU	Europese Unie
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
FGzP	Federatie voor Gezondheidszorgpsychologen
GJ	Gezondheidszorg Jurisprudentie

Gnw	Geneesmiddelenwet
HBO	Hoger beroepsonderwijs
HR	Hoge Raad
HSMR	Hospital Standarized Mortality Ratio
HVRC	Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KWZ	Kwaliteitswet zorginstellingen
LSKS	Landelijk Samenwerkingsverband Kwaliteitsstandaarden
LVO	Landelijke Vereniging van Operatieassistenten
OC&W	(Ministerie van) Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OM	Openbaar Ministerie
MC	Medisch contact
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
NeSECC	Nederlandse Sociëteit voor Extra-Corporale Circulatie
NFU	Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra
NIP	Nederlands Instituut voor Psychologen
NIT	Nederlands Instituut voor Thanatopraxie
NJB	Nederlands Juristenblad
NJFS	Nederlandse Jurisprudentie Feitenrechtspraak Strafzaken
NTvG	Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
NVAO	Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie
NVDA	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten
NVM	Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënisten
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
Rb	Rechtbank
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten
RIVM	Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu
RSV	Registratiecommissie Specialismen Verpleegkundigen
RTG	Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SGRC	Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie
SNRO	Stichting Nederlands Register voor Opleidingen
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
TvGR	Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
TvZ	Tijdschrift voor verpleegkundigen
VBG	Vereniging Brancheopleidingsinstituten Gezondheidszorg
VIG	Verzorgende in de individuele gezondheidszorg
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Milieu en Sport
Wafz	Wet afbreking zwangerschap
WBMV	Wet op de bijzondere medische verrichtingen
Wbp	Wet bescherming persoonsgegevens
Wcz	Wet cliëntenrechten zorg
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wet SUWI	Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WHW	Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek
Wlb	Wet op de lijkbezorging
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmk	Wet op de medische keuringen
WOD	Wet op de orgaandonatie
WPNR	Weekblad voor Privaatrecht Notariaat en Registratie
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
WUBHV	Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving
WUG	Wet uitoefening geneeskunst
Wvkl	Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Afkortingenlijst tabellen

Voor de aanduiding van de verschillende beroepsgroepen is gebruik gemaakt van de volgende afkortingen:

A	Arts
GY	Gynaecoloog
GZ	GZ-psycholoog
HA	Huisarts
HK	Heelkunde (chirurgie)
KF	Klinisch fysicus
MH	Mondhygiënist
TA	Tandarts
VK	Verloskundige
VP	Verpleegkundige
VPS	Verpleegkundig specialist

Voor de aanduiding van de verschillende instellingen is gebruik gemaakt van de volgende afkortingen:

GGZ	GGZ-instellingen
IVB	Instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking
PK	Particuliere klinieken
TZ	Thuiszorginstellingen
VPH	Verpleeghuizen
ZK	Ziekenhuizen

Voor de aanduiding van de andere respondenten is gebruik gemaakt van de volgende afkortingen:

Adv	Advocaten
Cons	Consumenten
Tucht	Leden van de tuchtcolleges

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
Fax 070 349 51 00
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl



500/06/2013/ZW *ISBN / EAN* 9789057631351

ZonMw